

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Viviane Vieira

**APOIO SOCIAL MATERNO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL: CRIANÇAS NASCIDAS A TERMO E PRÉ-TERMO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Luís Vieira

Coorientadora: Profa. Dra. Lecila Duarte Barbosa Oliveira

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

V658a Vieira, Viviane

Apoio social materno e desenvolvimento infantil
[dissertação] : crianças nascidas a termo e pré-termo /
Viviane Vieira ; orientador, Mauro Luís Vieira. -
Florianópolis, SC, 2012.
155 p.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Mãe e filhos. 3. Recém-nascidos -
Prematuros. 4. Fatores de risco. I. Vieira, Mauro Luís.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

Viviane Vieira

**APOIO SOCIAL MATERNO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
CRIANÇAS NASCIDAS A TERMO E PRÉ-TERMO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Mauro Luís Vieira
Departamento de Psicologia, UFSC

Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani
Faculdade de Medicina de Botucatu, UNES

Profa. Dra. Andrea Barbará S. Bousfield
Departamento de Psicologia, UFSC

Florianópolis, 13 de fevereiro de 2012.

Dedico essa dissertação à minha mãe, Mary, por não ter se cansado de repetir que o melhor marido que eu poderia ter é o estudo. Obrigado pela insistência e paciência mãe, essa também é uma conquista sua.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família. Ao meu pai por ter sempre exigido o melhor, à minha mãe pelo incentivo e apoio constantes e ao Ronaldo por me ensinar todos os dias que podemos alcançar nossos sonhos com trabalho e disciplina. Às minhas queridas irmãs, Denise e Mayara, por toda a ajuda e paciência, especialmente por aguentar uma irmã mais velha chata. Todos vocês também são os responsáveis por cada conquista minha, obrigada por estarem sempre presentes;

Ao Pablo, meu companheiro, meu amor, meu apoio. O que seria dessa dissertação sem você constantemente me lembrando de relaxar um pouco, cuidando da casa e brigando para o Timmy parar de me incomodar? Devo essa dissertação a você. Obrigada por tudo;

À Dinda e à Gisele, por estarem presente e sempre cuidando e fazendo companhia para a mãe e toda a família!

Ao Professor Mauro, meu orientador desde o início da faculdade. Sempre presente, com seu jeito objetivo e direto, me ensinou não só sobre Psicologia, mas sobre a vida. Professor excelente, dedicado, um exemplo de profissional. Obrigada Professor;

Ao NEPeDI, meu segundo lar. Quando entro no laboratório realmente me sinto em casa. A todos os integrantes que passaram estão no meu coração e os futuros “nepedianos” que cuidem bem da nossa casa;

À Professora Dra. Lecila Duarte Barbosa, que é uma das pessoas mais meigas e incentivadoras que já conheci. Sempre empolgada com novas ideias, foi essencial para que esse trabalho se concretizasse! Não tenho palavras pra expressar todo o apoio que me ofereceu! Obrigada!

À Claudete Marcon, orientadora do meu estágio e companheira da pesquisa, muito obrigada pelos seus ensinamentos. Minha passagem no HU se tornou muito mais especial pela sua presença, orientação e, principalmente, pela amizade. Obrigada!

À Alessandra Zendron e Mariana Moura dos Santos, pela participação ativa e pela ajuda na coleta. Obrigada meninas pela coragem de mergulhar no novo e se dedicarem com tanta paixão ao projeto;

Aos meus amigos Arthur e Dório, por terem me feito acreditar que eu podia ir longe;

Às minhas queridas amigas Neca, 'Jús', Lá, Lê, Mô, Janete e Piló por toda a amizade e compreensão pela minha distância nos últimos tempos. Não estaria aqui sem a amizade de vocês;

À Bia pela ajuda, amizade e dicas maravilhosas para a minha dissertação. Obrigada pelo apoio e pela presença, com certeza nossos caminhos se cruzarão no futuro.

Aos meus colegas de mestrado pelo suporte, pelas conversas e orientações. Aprendi muito com vocês;

Ao Professor Dr. João Carlos Xicota por ter aberto as portas de vários locais e à mestranda Geiziane Barcelos Braglia pelo apoio e empolgação;

Aos dois locais de coleta, pela abertura, ajuda e compreensão da pesquisa;

Aos membros da banca por aceitar participar e pela dedicação na avaliação da dissertação;

À Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente o Departamento de Psicologia e Pós-Graduação em Psicologia por apoiarem a minha formação acadêmica;

Ao CAPES pela bolsa no primeiro ano de mestrado, que foi essencial para que eu pudesse concretizar esse trabalho;

Por fim, e principalmente, às mães e aos queridos bebês por compartilharem conosco um pedaço de sua vida.

SUMÁRIO

RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
LISTA DE FIGURAS	xvii
LISTA DE TABELAS.....	19
1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo Geral:.....	27
2.2. Objetivos Específicos:	27
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	28
3.1 A Perspectiva Evolucionista	28
3.2 A relação mãe e bebê na perspectiva evolucionista.....	34
3.3. Apoio Social e Prematuridade.....	38
4. MÉTODO.....	49
4.1. Caracterização da Pesquisa.....	49
4.2. Participantes	49
4.3. Locais de Pesquisa.....	50
4.4. Instrumentos.....	51
4.4.1. Identificação da díade e coleta de dados sociodemográficos	51
4.4.2. Avaliação do Apoio Social Materno.....	51
4.4.3. Avaliação do Desenvolvimento Infantil.....	52
4.4.4. Avaliação dos potenciais fatores de risco e proteção.....	53
4.5. Procedimento	54
4.6. Tratamento e Análise de Dados	57
4.7. Considerações éticas	60
5. RESULTADOS.....	62
5.1. Caracterização dos Participantes	62
5.2. Apoio Social	65
5.3. Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II	71
5.4. Qualidade do relacionamento conjugal e familiar	72
5.5. Gravidez, parto e rotina atual da criança	73
5.6. Escala de Risco Psicossocial de Rutter	78
5.7. Correlações, associações e comparações	78
6. DISCUSSÃO.....	89
6.1. Análise das características das participantes.....	89
6.2. O apoio social e sua relação com o desenvolvimento infantil ..	91
6.3. Os outros fatores potenciais de risco e proteção: a relação com o apoio e o desenvolvimento infantil.....	98
6.4. A racional da pesquisa	101

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
8. REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO 1	122
ANEXO 2	127
ANEXO 3	129
ANEXO 4	141
ANEXO 5	144
ANEXO 6	145
ANEXO 7	147

VIEIRA, Viviane. **Apoio Social Materno e Desenvolvimento Infantil: crianças nascidas a termo e pré-termo**. Florianópolis, 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Mauro Luís Vieira

Coorientadora: Lecila Duarte Barbosa Oliveira

Data da defesa: 13/02/2012

RESUMO

Quando uma criança nasce toda a família precisa se adaptar a esse novo integrante. Os pais se reorganizam e transformam sua rotina para que o bebê seja recepcionado no lar, principalmente a mãe. A interação materno-infantil tem consequências em todo o seu desenvolvimento. Esse pode ser compreendido como um processo que envolve os mecanismos e as mudanças nas aquisições das habilidades cognitivas, emocionais, sociais da criança, podendo ser dividido também em fases sensíveis ou momentos decisivos. Esse desenvolvimento pode ser afetado pelos potenciais fatores de risco e proteção, ou seja, eventos que ocorrem na vida do indivíduo que poderão trazer comprometimentos ou podem contribuir com a superação das adversidades. A prematuridade é um potencial fator de risco que pode comprometer a vinculação da mãe com o bebê e gerar dificuldades no desenvolvimento da criança. Já o apoio social fornecido para a mãe contribui como um atenuante dos obstáculos da prematuridade, especialmente pelo seu efeito atenuante do estresse. A partir disso, o objetivo desse estudo é comparar e analisar a relação entre o desenvolvimento infantil de crianças nascidas a termo e pré-termo com o apoio social materno. Para isso foram investigadas 31 díades mãe-bebê (15 nascidas a termo e 16 nascidas pré-termo), com idade entre cinco e sete meses de idade. Os locais de coleta foram dois ambulatorios de pediatria vinculados a Universidades. O questionário foi composto de quatro partes que investigaram os dados sociodemográficos, o apoio social, a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil e os potenciais fatores de risco e proteção. O procedimento envolveu uma explicação para a mãe da voluntariedade da participação,

a aplicação da escala de desenvolvimento, a entrevista e a assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As análises foram quantitativas (descritivas e correlacionais) e qualitativas (análise temático-categorial do discurso). Os grupos, apesar de similares, apresentaram diferença na escolaridade materna. Além disso, a renda de ambos os grupos foi elevada, apontando uma característica regional. As análises indicam dizer que os grupos apresentaram muitas semelhanças, tanto na percepção do apoio como no desenvolvimento infantil, contudo as mães dos nascidos pré-termo apontaram mais apoio dos profissionais de saúde e dos psicólogos. Os resultados indicaram uma correlação entre o Apoio Emocional e de Informação com o Escala de Desenvolvimento Mental do Bayley II no grupo das crianças nascidas pré-termo. Foram discutidos que o apoio social percebido e o acesso a um sistema de saúde efetivo foram os possíveis contribuintes para o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo. Os resultados indicam também a importância de uma equipe de saúde preparada para orientar à mãe e a valorização do atendimento psicológico nas unidades neonatais. Além disso, percebe-se diferenças regionais no âmbito nacional com o acesso a uma preparação adequada para cuidado e estimulação aos pais de crianças nascidas prematuras.

Palavras-chave: relações mãe-criança, recém-nascidos prematuros, apoio social, fatores de risco.

ABSTRACT

When a child is born, the family must adapt to this new member. The parents transform their routine for the baby, especially the mother. The mother-child interaction has consequences throughout his development. The development can be understood as a process that involves the mechanisms and changes in the acquisition of cognitive, emotional, and social needs of the child, can also be divided into sensitive phases or moments. This development can be affected by potential risk and protective factors, in other words, events that occur in the life of the individual that can compromise or contribute to overcoming adversity. Prematurity is a potential risk factor that can damage the mother's bonding with the baby and cause difficulties in child development. Since social support provided for the mother contributes as a mitigating obstacles of prematurity, especially mitigating the effect of stress. Thus, the objective of this study is to compare and analyze the relationship between child development of children born at term and preterm mothers with social support. For this investigation were 31 mother-infant dyads (15 born at term and 16 preterm), aged between five and seven months old. The collection sites were two pediatric clinics affiliated with universities. The questionnaire was composed of four parts to investigate the sociodemographic, social support, and the Bayley Infant Development Scale and the potential risk and protective factors. The procedure involved an explanation for the mother of the voluntariness of participation, the application of the scale of development, the interview and signing the consent. Analyses were quantitative (descriptive and correlational) and qualitative (thematic-categorical analysis of speech). Groups, although similar, show differences in maternal education. Moreover, the income of both groups was high, indicating a regional characteristic. The analysis indicates that the groups had many similarities in the perception of support such as child development, but the mothers of preterm infants showed more support from health professionals and psychologists. The results show a correlation between emotional support and information to the scale of the Bayley II Mental Development in the group of children born preterm. It is argued that the perceived social support and access to an effective health system was one of the possible contributors to the development of children born preterm. The results also indicate the importance of a health team prepared for the mother and the enhancement of psychological care in neonatal units. Furthermore, we

find regional differences in the national level with access to adequate preparation for care and stimulation to the parents of premature infants.

Keywords: mother child relations, premature infants, social support, risk factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....39
Figura 2.....57
Figura3.....57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....59
Tabela 2.....63
Tabela 3.....67
Tabela 4.....69
Tabela 5.....71
Tabela 6.....71
Tabela 7.....72
Tabela 8.....73
Tabela 9.....74
Tabela 10.....76
Tabela 11.....78
Tabela 12.....79
Tabela 13.....80
Tabela 14.....87

1. INTRODUÇÃO

Quando uma criança nasce, toda a família se depara com o desafio de se adaptar a esse novo integrante. Os pais se reorganizam e transformam sua rotina. Saber atender ao choro, identificar as necessidades da criança e assumir o papel parental são apenas algumas das tarefas solicitadas aos pais. Para a mãe essa adaptação é ainda mais significativa, pois geralmente ela passa a maior parte do seu dia em companhia da criança e passou os últimos nove meses compartilhando seu corpo, emoções e sentimentos com o bebê. A interação materno-infantil tem consequências no modo como a criança irá aprender a andar, pensar e se relacionar com outras pessoas, ou seja, em todo o seu desenvolvimento.

A compreensão de desenvolvimento infantil passou por muitas transformações e não há consenso entre os estudiosos da área sobre quais aspectos devem ser enfatizados. Nesse estudo adota-se a concepção do desenvolvimento infantil como um processo filogenético (história da espécie humana) e ontogenético (desenvolvimento do indivíduo) que envolve os mecanismos e as mudanças nas aquisições das habilidades cognitivas, emocionais e sociais, passando pela maturação neurológica, comportamental e afetiva da criança. Tem como finalidade tornar a criança competente para responder as suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida. Esse processo é gradual e progressivo, porém não contínuo (Brazelton, 1994; Cole & Cole, 2004, Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2005; Vieira & cols., 2009).

O desenvolvimento infantil também pode ser compreendido em fases chamadas de momentos decisivos, segundo Brazelton (1994). Esses períodos são normalmente estressores para os pais, contudo criam oportunidades para que os pais vislumbrem o aprendizado de seus filhos e estimulem seu desenvolvimento. É importante ressaltar que essa divisão em etapas pelo autor não significa que estas são estáticas, mas que durante suas pesquisas elas se apresentaram aproximadamente na mesma época. Além disso, Brazelton (1994) refere-se a diversas variáveis não esperadas que podem comprometer ou acelerar o desenvolvimento, ou seja, os fatores de risco e proteção.

Como fator de risco compreende-se os eventos negativos ou estressores na vida que, ao estarem presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais, além de acentuar distúrbios, transtornos e respostas desadaptadas. Entretanto, a

identificação dos fatores de risco deve ser observada conjuntamente com os fatores de proteção, ou seja, verificando-se as influências que melhoram e alteram as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. A característica essencial destes fatores protetivos é a modificação da resposta da pessoa à situação de risco ou adversas mais do que favorecer o desenvolvimento (Poletto & Koller, 2008; Rutter, 1985; Rutter, 1987).

Tanto os fatores de risco como os de proteção precisam ser abordados como processos em que diferentes fatos interagem entre si e alteram a trajetória individual da pessoa, podendo produzir uma experiência de cuidado, fortalecimento ou anteparo ao risco. Assim, esses fatores não são estáticos e sim contextualizados com a história da pessoa (Rutter, 1985; Rutter, 1987; Poletto & Koller, 2008). Em razão dessa flexibilidade, nesse estudo os termos utilizados serão fatores *potenciais* de risco e proteção.

São muitos os fatores potenciais de riscos para o desenvolvimento infantil. Dentre esses fatores, o nascimento pré-termo é indicado como um grave problema na área da saúde da criança, pois as condições perinatais são as maiores causas da mortalidade infantil no Brasil e os índices de prematuridade vêm aumentando a partir dos anos de 1990 (Nobre, Carvalho, Martinez & Linhares, 2009). No Brasil, os últimos dados disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2005, apontam um índice de 6,6% de nascimentos prematuros e na região Sul a prevalência de nascimentos pré-termo variou de 3 a 15% entre os anos de 1978 a 2004 (Silveira & cols., 2008).

A prematuridade é um fenômeno que abrange diversas dimensões. Biologicamente, o conceito de prematuro ou pré-termo foi estabelecido a partir de parâmetros médicos que envolvem a avaliação da gestação materna e da anatomia da criança. A perspectiva que toma como ponto de partida a idade gestacional foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde ([WHO], 1980), a qual considera prematura a criança nascida de uma gestação com tempo inferior a 37 semanas, contadas a partir da última menstruação da mãe. Essa definição ainda se subdivide em crianças de risco – nascidas entre 32 e 36 semanas – e de alto risco (nascidas antes de 32 semanas).

Com relação ao critério anatômico da criança, especificamente o peso, a definição de prematuridade no nascimento estabelece duas tipificações: baixo peso e muito baixo peso. O primeiro define crianças que nascem antes do final da gestação com peso inferior a 2.500 gramas e é considerado como a situação de menos risco entre os prematuros. O critério de muito baixo peso estabelece o nascimento do bebê prematuro

com menos de 1500 gramas e ainda se subdivide em extremo baixo peso (menos que 1000 gramas) ([WHO], 1980). Essa última situação é relatada como de alto risco, haja vista as consequências biológicas, especialmente no desenvolvimento físico e emocional, em um bebê tão pequeno e vulnerável.

O nascimento pré-termo deve ser considerado também como um problema na área do desenvolvimento infantil na medida em que, além dos perigos de mortalidade e morbidades, constitui-se em um risco relativo para os distúrbios de desenvolvimento e de comportamento. Estudos indicam que crianças nascidas pré-termo apresentaram mais problemas na área cognitiva (Laucht, Esser, & Schmidt, 2002), motora (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001) e do comportamento (Linhares, Carvalho, Machado & Martinez, 2003; Linhares, Padovani, Bordin, Martins & Martinez, 2004) em comparação a crianças nascidas a termo. Esses problemas podem surgir nas diferentes fases do desenvolvimento, como no início do sentar e engatinhar, do andar, da fala, das relações de amizade, na pré-escola e na adolescência (Brazelton, 1994; Cole & Cole, 2004; Cunningham & cols., 1997; Greenley, Taylor, Drotar & Minich, 2007; Méio & cols., 2004; Nobre & cols., 2009)

Especificamente, na interação mãe-bebê a prematuridade constitui-se um risco potencial para diversos aspectos psicológicos essenciais para o desenvolvimento da criança. Como geralmente a criança fica sob cuidados especiais, muitas vezes internados em Unidades de Terapia Intensiva Neo-natais, a mãe toca pouco seu bebê, não amamenta e raramente segura no colo a criança. Além disso, a criança nascida pré-termo transmite um aspecto físico frágil, diferente dos bebês “bonitos” visualizados rotineiramente. Todas essas diferenciações do nascimento pré-termo são possíveis fatores de risco na relação mãe-bebê, especialmente para o desenvolvimento do apego.

O apego é definido como um processo de formação de vínculo que gera um relacionamento singular entre duas pessoas, tornando-se específico e duradouro ao longo do tempo. É importante ressaltar que esse laço ocorre nas duas direções (pais-bebê; bebê-pais) e não é algo imediato; o apego se desenvolve ao longo do relacionamento dos pais com o bebê. Este fenômeno é observável por meio de comportamentos como trocas de olhares prolongados, beijos, abraços e carícias (Bowlby, 1969; Klaus & Kennel, 1993).

Outro ponto importante do desenvolvimento do apego é o chamado “período sensitivo”. Este momento é definido como os primeiros minutos, horas e dias de contato com a criança sendo decisivo

para a qualidade do apego mãe-filho ao longo do tempo (Klaus & Kennel, 1993). Apesar de bastante controverso, o período sensível não é determinista, ou seja, nas situações em que a mãe não puder iniciar o apego nesse período o processo não é irreversível. As mães de crianças nascidas pré-termo são comumente afastadas de seus bebês nesse sensível período inicial e podem desenvolver um apego comprometido, gerando, por consequência, problemas no desenvolvimento infantil (Fuentes, Faria, Soares & Crittenden, 2009; Klaus & Kennel, 1993; Vigod, Villegas, Dennis & Ross, 2010). Contudo, esse processo pode ser revertido por meio de diversos fatores potenciais de proteção como: a estimulação do contato olho a olho com a criança, mesmo que esta esteja na incubadora, o toque no bebê sempre que possível, o projeto Mãe Canguru¹, a participação em grupos de pais, os programas de *follow up*² do prematuro, o suporte transmitido pelos profissionais de saúde e o incentivo à participação e apoio social do companheiro e da família (Figueiredo, 2003; Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009; Klaus & Kennel, 1993; Margotto, 2004; Vasconcelos, 2004, WHO, 2003).

Dos diversos fatores de proteção referidos, o apoio (ou suporte) social é relatado na literatura como um dos mais importantes durante a transição para a parentalidade (Crittenden, 1985; Elsenbruch & cols., 2007; Hernandez & Hutz, 2009; Meadows, 2010), inclusive nas situações de prematuridade (Andreane, Custódio & Crepaldi, 2006; Lee, Long & Boore, 2009). Uma das influências benéficas da rede de apoio social é seu efeito atenuante sobre o estresse. Segundo a literatura, uma rede de apoio social efetiva ajuda o indivíduo a enfrentar momentos difíceis e lidar com eventos estressantes, melhorando as habilidades

¹ O método Mãe Canguru é um atendimento de bebês prematuros que prioriza o contato pele a pele com a mãe. É um método fácil, com resultados efetivos comprovados. O projeto tem como características o atendimento precoce, contínuo e prolongado do contato pele a pele entre a mãe e o bebê; aleitamento materno exclusivo (de preferência); início no hospital e pode ser continuado em casa e evita a agitação vivenciada na ala de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ([WHO], 2003).

² Os programas de *follow up* envolvem o acompanhamento realizado, geralmente por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, que verificam o desenvolvimento da criança durante as diversas idades. Não há uma regra sobre a frequência do acompanhamento nem qual prematuro deve participar (baixo ou alto risco). Normalmente o programa acompanha até os sete anos de idade e foca na prevenção da saúde mental e física da criança (Margotto, 2004).

adaptativas do sujeito diante de novas situações, como a parentalidade (Goodwin, Costa & Adonu, 2004; Montigry, Lacharite & Amyot, 2006; Nelson, 2004).

O apoio social é compreendido como recurso posto à disposição por outras pessoas que possam oferecer ajuda, encorajamento e conselhos, o que leva o indivíduo a sentir-se ou acreditar ser cuidado, amado, seguro e pertencente a um grupo. O apoio social envolve a satisfação do indivíduo com o apoio recebido, ou seja, como ele está percebendo o suporte oferecido a ele. Isso significa que a sensação de sentir-se amado e a percepção do sujeito sobre o suporte recebido é tão importante quanto o número de pessoas nessa rede de apoio (Berkman, 1984; Crittenden, 1985; Montigry & cols., 2006; Nelson, 2004).

Pelo seu efeito atenuante sobre momentos estressantes e os benefícios durante momentos de adaptação, a percepção do apoio social por mães deve ser investigada tanto no nascimento da criança quanto nos diversos momentos decisivos no desenvolvimento infantil de seus filhos. Além disso, a forma como esse apoio vai se distinguir nas díades mãe-criança com bebês nascidos a termo ou pré-termo também torna-se relevante, pois a prematuridade tem características singulares e apresenta desafios desenvolvimentais específicos.

Com a importância dos temas acima explicitados, um grupo de pesquisadoras que trabalhavam na Pediatria do Hospital Universitário, especificamente a Profa. Dra. Lecila Duarte Barbosa Oliveira e a Mestre Claudete Marcon, experienciaram na prática a importância do apoio social, e outros diversos fatores protetivos, nos casos atendidos no dia-a-dia do hospital. Dessa forma, propuseram uma pesquisa em conjunto com a medicina pediátrica também desse hospital, o projeto denominado “Relação entre a Rede de Apoio Social Percebida por Mães com o Desenvolvimento Infantil de Crianças com e sem Risco Biológico”.

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI www.nepedi.ufsc.br), coordenado pelo Professor Dr. Mauro Luís Vieira, tem uma experiência prévia com pesquisas em Apoio Social bem como o interesse em investigar outros aspectos ainda não estudados pelo núcleo. A partir do encontro de interesses e da presença da pesquisadora em ambos os grupos formulou-se o presente projeto de pesquisa.

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo ser apenas a primeira etapa de um estudo longitudinal que se investigará o desenvolvimento infantil da criança em diversos momentos decisivos. O primeiro período crítico aqui selecionado será de cinco a sete meses de

idade. Esse momento é caracterizado como uma fase repleta de avanços motores (iniciam-se os processos de sentar e engatinhar) e interacionais (a criança reage a presença de estranhos, sorri e se expressa com mais facilidade).

Para que a pesquisa pudesse verificar esse momento decisivo das crianças de modo mais completo e detalhado, optou-se pela Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II como instrumento permanente nas diversas fases da pesquisa. Essa escala é reconhecida internacionalmente por sua qualidade e verifica as áreas motora e mental da criança.

Outro ponto a se ressaltar é a aplicabilidade da pesquisa aqui apresentada. A partir dos dados coletados, pretende-se formular materiais explicativos sobre os principais fatores potenciais de risco e proteção em cada um dos momentos decisivos, tanto para crianças nascidas a termo quanto para as nascidas pré-termo. Com isso, alguns aspectos na prevenção e promoção da saúde materno-infantil serão trabalhados especificamente em cada período do Desenvolvimento Infantil de modo diferenciado e especializado. Diante do exposto, lança-se a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a relação entre o desenvolvimento mental e motor de crianças entre cinco e sete meses de idade, nascidas pré-termo ou a termo, e o apoio social percebido por suas mães?**

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Investigar a relação entre o apoio materno e o desenvolvimento infantil de crianças nascidas a termo e pré-termo.

2.2. Objetivos Específicos:

- Descrever as variáveis sociodemográficas dos participantes;
- Identificar como a mãe percebe o apoio social;
- Caracterizar o desenvolvimento de crianças por meio da Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II;
- Correlacionar o apoio social percebido pela mãe e o Desenvolvimento mental e motor das crianças;
- Verificar as relações entre aspectos da gravidez, parto, pós-parto e rotina atual da criança com o apoio social e o desenvolvimento infantil;
- Correlacionar o apoio social e o desenvolvimento das crianças e com a qualidade do relacionamento conjugal e familiar;
- Verificar as relações entre o apoio social e o desenvolvimento infantil com a escala de Risco Psicossocial.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O ser humano é uma espécie que, ao nascer, permanece por muito tempo imaturo, precisando de cuidados intensos e frequentes para sobreviver. Dentre as espécies animais, o ser humano é aquele que necessita que outro da mesma espécie forneça carinho, cuidado e atenção por um tempo muito longo. Assim, as interações sociais são importantes para o aprendizado e o desenvolvimento da criança.

O bebê geralmente passa mais tempo com a figura materna e, por conseguinte, essa relação é extremamente importante. Concomitantemente com outras interações que a criança tem (como os avós, pai, pais adotivos), a mãe ainda é a principal personagem estudada quando trata-se de cuidados primários. A partir disso, propõe-se nessa seção discutir esta relação a partir da perspectiva evolucionista.

Para que possamos compreender melhor como a Psicologia Evolucionista compreende e estuda a díade mãe-criança, é necessário pontuar como essa teoria se desenvolveu, além seus pressupostos históricos e epistemológicos. Com isso, inicia-se refletindo sobre a teoria da evolução e o desenvolvimento para a Psicologia Evolucionista, da compreensão da relação mãe-bebê nessa perspectiva e finaliza-se com os fatores de risco e proteção, especialmente o apoio social e a prematuridade, nessa relação.

3.1 A Perspectiva Evolucionista

A perspectiva evolucionista iniciou com as descobertas de Darwin sobre a evolução dos seres vivos. Este autor lançou sua teoria evolucionista no livro “A origem das espécies”, publicado em 1859, considerando os organismos vivos, incluindo o ser humano, como o resultado de um processo evolutivo, denominado seleção natural. De forma resumida, esta teoria afirma que as variações entre as espécies influenciam na capacidade de sobrevivência e reprodução dos organismos e que aqueles indivíduos que possuem as características anatômicas, fisiológicas e comportamentais que melhor lhes possibilitam resolver os problemas impostos pelo ambiente terão maiores chances de sobreviver e se reproduzir. Essas características podem ser passadas ao longo das gerações e tornarem-se adaptações (Souza, Ferreira, Cosentino, & Varella, 2007).

Além da seleção natural, outro conceito importante para a compreensão da teoria evolucionista é o ambiente de adaptação

evolucionário (AAE). Durante 99% da história humana na terra nossos ancestrais viveram em sociedades nômades caçador-coletores, em grupos pequenos de 30 a 60 indivíduos. De forma lenta, a seleção natural esculpiu o cérebro humano, favorecendo circuitos que melhor resolviam os problemas do dia-a-dia dos nossos ancestrais neste ambiente (Tooby & Cosmides, 1997; Hrdy, 2001; Souza & cols., 2007).

A partir desta perspectiva, nossos mecanismos cognitivos seriam adaptados para aquele ambiente evolucionário ancestral, muito diferente do nosso ambiente atual. A diferença entre esses dois ambientes resultaria em comportamentos “mal-adaptativos”, pois estes deixaram de ser vantajosos para a sobrevivência e reprodução no ambiente atual. Este problema está relacionado com as mudanças frequentes da sociedade atual e a adaptação exige um período de tempo prolongado (centenas ou milhares de gerações) em um ambiente com condições relativamente estáveis (Souza & cols., 2007)

Contudo, nem todo o ambiente foi tão modificado. Alguns dos problemas enfrentados pelo ser humano atualmente ainda são os mesmos, ou seja, continuamos nos alimentando, escolhendo parceiros para vínculos de curto, médio e longo prazo, tendo a necessidade de nos localizar espacialmente, etc. Ainda, em geral, as mudanças foram somente quantitativas, tais como a busca de alimento, através da coleta direta ou de uma ida ao supermercado.

Percebe-se, a partir desses pressupostos que a visão de mundo, ou ontologia, da teoria Evolucionista é Materialista. Isso significa que aquilo que é real pertence a ordem da matéria. O mundo é concreto e observável. Já a antropologia foca-se, inicialmente, num determinismo ambiental, com uma passividade do sujeito frente ao ambiente, ou seja, monista. Este último tópico apresenta-se cada vez mais distante das ideias atuais, pois hoje o enfoque é no interacionismo. Isto quer dizer que acredita-se que o ambiente não é totalmente determinante, está sempre em interação com diversas outras variáveis ontogenéticas do indivíduo (Ades, 2009; Vieira & cols., 2009).

A inserção das ideias evolucionistas na psicologia ocorreu de diferentes formas e influências. Ades (2009) aponta quatro períodos: o funcionalismo de William James, a etologia, a sociobiologia e, a formação de uma psicologia evolucionista.

O primeiro momento consiste no surgimento do funcionalismo na segunda metade do século XIX, em oposição ao estruturalismo em voga na época. Evidencia-se uma mudança no objeto de estudo e no objetivo

da psicologia, bem como uma ampliação de sua metodologia. A psicologia deixa de lado os aspectos estruturais da mente e foca nas possíveis funções desta. Com isso, foi possível a utilização de métodos variados de investigação, indo além da introspecção experimental utilizada pelos estruturalistas.

Após 30 anos da teoria da evolução ser lançada, William James falava em instintos em seu livro *Princípios de Psicologia* (Ades, 2009; Tooby & Cosmides, 1997). Este conceito foi utilizado por James para designar os circuitos neurais especializados que são comuns a todos os membros da espécie, considerados produtos da história evolucionista. Para James, os instintos não só estavam presentes na espécie humana, como se apresentavam com uma maior variedade do que em outros animais. Assim, William James foi, provavelmente, o primeiro a utilizar o termo “psicologia evolucionista”, sugerindo serem os fenômenos psicológicos o resultado de uma longa e lenta transformação da espécie (Ades, 2009).

A aplicação da biologia evolucionista para estudar a mente humana causou um grande impacto na psicologia. Isso porque a visão de mente predominante era a de tábula rasa, moldada apenas pela experiência, desconsiderando-se qualquer conteúdo inato (Tooby & Cosmides, 1997). Apesar disso, considerando-se o desenvolvimento da história da Psicologia, o funcionalismo de James foi fundamental à época e ao contexto americano em que se desenvolveu.

O segundo momento consiste no desenvolvimento da etologia, proposta por Lorenz e Tinbergen. Esta surgiu inicialmente como uma tentativa de recuperar a noção de instinto, colocando-o numa perspectiva evolutiva, em oposição paralela ao behaviorismo, que considerava apenas a aprendizagem (Ades, 2009). Sua principal ênfase consiste na busca e detalhamento dos comportamentos universais.

A etologia contribuiu de diversas formas, especialmente no método, com o enfoque nos procedimentos de observação, descrição, experimentação e análise desenvolvidos para o estudo do comportamento animal e humano. Além disso, os estudos comparativos contribuíram com um aprofundamento do conhecimento do ser humano por meio do comportamento animal (Ades, 2009).

Outra contribuição da Etologia consiste na insistência de que se devem buscar raízes instintivas (ou biológicas) no comportamento humano. Tais características, consideradas típicas da espécie, devem ser investigadas, priorizando-se os estudos ou com bebês recém-nascidos na tentativa de surpreender o que não possa ser atribuído à experiência cultural.

Por fim, vale citar as quatro questões que a Etologia aponta na investigação do comportamento (Tinbergen, 1958): 1) Porquê Causal - o que faz com que o indivíduo se comporte de tal maneira; 2) Porquê Funcional - para que serve o comportamento, que conseqüências este traz para o indivíduo e para a espécie na seleção natural; 3) Porquê Ontogenético - como vai desenvolver-se o comportamento ao longo da vida da pessoa; 4) Porquê Filogenético - como o padrão de desenvolvimento evoluiu ao longo da história de evolução da espécie. Assim, uma análise integral do comportamento deve buscar respostas para estas quatro questões propostas, sendo, então considerados tanto aspectos proximais quanto finais do comportamento ao longo da história filogenética da espécie e ontogenética do indivíduo. Essas quatro questões de Tinbergen até hoje são compreendidas como um caminho eficiente na análise científica de um objeto a partir da perspectiva evolucionista.

O terceiro momento de inserção das ideias evolucionistas na psicologia consistiu no desenvolvimento da sociobiologia, uma ciência construída a partir da etologia com maior ênfase no significado funcional do comportamento social (questionando-se por que os animais foram selecionados para se comportar de determinadas formas) e nos processos causais do mesmo (por exemplo, investigando quais estímulos eliciam determinados comportamentos). Seu desenvolvimento trouxe a possibilidade de uma série de novas metodologias e iniciou uma revisão dos pensamentos evolucionistas sobre o comportamento animal (Ades, 2009; Laland & Brown, 2002).

A sociobiologia é descrita como o estudo sistemático das bases biológicas para os comportamentos sociais, sendo esta disciplina construída a partir de estudos teóricos e experimentais em espécies como microorganismos, invertebrados, pássaros, mamíferos e humanos (Laland & Brown, 2002). Sua ambição era aplicar às sociedades animais (incluindo-se a humana) os princípios de uma nova compreensão dos mecanismos de seleção natural e sobrevivência, em que a seleção atua, não sobre características de uma espécie, mas sobre as características do indivíduo.

Apesar de sua contribuição para a abordagem do comportamento social, a sociobiologia foi alvo de grandes críticas e debates acalorados. Suas ideias foram de grande importância ao estudo do comportamento animal, no entanto, sua aplicação ao comportamento humano foi um aspecto controverso, uma vez que possibilitou debates hoje bastante

criticados sobre a noção de “gene egoísta”, eugenia, darwinismo social, entre outros (Ades, 2009).

O quarto e último momento de inserção das ideias evolucionistas na psicologia consiste na consolidação de uma psicologia evolucionista. Esta foi constituída em torno de um conjunto de pressupostos, com presença institucional enquanto campo de pesquisa e disciplina acadêmica (Ades, 2009).

No Brasil, tal perspectiva remonta aproximadamente 15 anos e vem crescendo consideravelmente. Esse crescimento fica explícito principalmente a partir de 2004, com a formação do Grupo de Trabalho (GT) de Psicologia Evolucionista na Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Sendo que um marco histórico do grupo foi a seleção e aprovação, por parte do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), de um projeto no Edital Instituto do Milênio, em 2005, com a participação de 16 pesquisadores de 9 instituições brasileiras (UFRN, UERJ, USP, UFSC, UFES, UFBA, UFPA, UFMT, UCG).

O desenvolvimento de uma psicologia evolucionista, além da contribuição das abordagens nos diferentes momentos históricos já citados, também foi propiciado por quatro avanços na Ciência, citados por Tooby e Cosmides (1997). O primeiro deles consiste na revolução cognitiva, uma vez que esta proporcionou uma linguagem para descrever os mecanismos mentais como programas que processam informações, sendo possível estudar a mente humana com mais profundidade. O segundo avanço é caracterizado pelo desenvolvimento da paleoantropologia, estudos com povos caçadores-coletores e da primatologia. Tais estudos permitiram compreender o modo de vida dos nossos ancestrais e os problemas adaptativos que eles tiveram que solucionar para sobreviver e reproduzir-se naquele ambiente.

O terceiro avanço foi possibilitado pelas pesquisas sobre comportamento animal, lingüística e neuropsicologia, as quais permitiram verificar que a mente não é uma tábula rasa, moldada apenas pela experiência (Ades, 2009; Hrdy, 2001; Vieira & Prado, 2004). Tais estudos têm verificado que os organismos já nascem com algum conhecimento sobre o mundo, o que os permite estabelecer determinadas relações de acordo com as características do ambiente em que se insere. Por fim, o quarto avanço consiste na revolução da biologia evolucionista, a qual passou a ser tomada de forma mais consistente, tendo seus conceitos como seleção de grupos, por exemplo, passado por um refinamento através de caracterizações mais precisas do processo evolucionário da espécie. Verifica-se, então, que tanto avanços

na própria psicologia, quanto avanços na Ciência como um todo permitiram que a psicologia evolucionista pudesse se consolidar enquanto uma disciplina científica.

Atualmente verifica-se uma epistemologia mais direcionada ao construtivismo interacionista, em que se busca enfatizar a relação biologia e cultura, sendo ambas consideradas aspectos em interação de um mesmo processo de desenvolvimento. Nessa perspectiva, o homem é considerado “biologicamente cultural” (Bussab & Ribeiro, 1998).

A partir dessa concepção proposta por Tooby e Cosmides (1997) cultura e comportamento social são considerados um conjunto de sofisticados programas para resolver problemas adaptativos. Para finalizar, em se tratando de psicologia do desenvolvimento evolucionista, atualmente verifica-se uma preocupação no sentido de realizar estudos considerando o desenvolvimento como uma relação existente entre aspectos biológicos, ecológicos e culturais. Assim, muitos pesquisadores dessa área têm adotado uma perspectiva transcultural, em busca de universalismos comportamentais entre as culturas, bem como de adaptações do comportamento frente ao ambiente eco-cultural (Keller, 2007).

Após essa explicitação inicial da história e epistemologia da Psicologia Evolucionista, aponta-se agora como essa linha teórica compreende e estuda a relação mãe e bebê. É importante ressaltar alguns aspectos essenciais de se estudar essa relação nesta perspectiva teórica, ou seja, o porquê do foco na relação mãe-bebê.

Ao olharmos a história da nossa espécie, o ser humano é o mamífero que necessita de mais cuidados ao nascer e esses cuidados perpetuam por muito tempo. Sua imaturidade, assim, demanda de seu cuidador mais sensibilidade e atenção durante o desenvolvimento (Seidl de Moura & Ribas, 2009; Toby & Cosmides, 1997).

A mãe, como mostra nossa história evolutiva, normalmente é a figura principal de cuidado e durante a gravidez passa por diversos processos de adaptação e preparação para o novo bebê. E a própria criança também já vem com diversas características de propensão ao cuidado, como um rosto agradável, choro, capacidade de sugar, entre outras (Hrdy, 2001; Seidl de Moura & Ribas, 2009; Toby & Cosmides, 1997). Porém o bebê prematuro vem antes do período completo de desenvolvimento e sem toda a preparação biológica. Desse modo, outros fatores precisarão contribuir com o desenvolvimento dessa relação, como outras figuras que incentivam e colaboram para que a mãe, ou

outro cuidador, se aproximem e cuidem dessa criança geralmente muito frágil. No próximo tópico serão apresentadas com mais detalhes como essa relação se desenvolve na perspectiva evolucionista e alguns estudos que investigaram esse tema.

3.2 A relação mãe e bebê na perspectiva evolucionista

Quando pensamos em uma mulher grávida, alguns aspectos de seu corpo e seu comportamento são geralmente lembrados. Elas normalmente são apontadas como mais chorosas, irritadiças, gulosas e bravas. Culturalmente, isso tudo é essencial para a identificação da mulher como mãe, para seu reconhecimento do papel materno. Contudo, as vezes esquecemos a importância biológica que essas características têm na preservação da espécie humana.

Uma das características no início da gravidez geralmente é o enjoo. Esse mal estar com alguns alimentos preserva que a mulher ingira comidas que podem fazer mal para a criança e faz com que ela se torne mais seletiva nos tipos de nutrientes que ingerir (Hrdy, 2004; Kohl, Kainer & Schiefenhove, 2009; Profet, 1992). Sabe-se que o primeiro trimestre é um dos mais importantes na formação física e neurológica da criança, sendo esta época essencial o cuidado materno com substâncias prejudiciais ao desenvolvimento do feto.

Além do enjoo, outras situações vividas pela gestante também tem a sua função na sobrevivência. Pode-se citar o aumento de hormônios, como ocitosina e prolactina, que colaboram na vinculação com o bebê e na produção de leite. No mais, durante todo o período gestacional, a mãe sofre alterações corporais e psicológicas que a tornam mais preparada para a chegada da nova criança (Hrdy, 2001).

Um dos maiores especialistas do apego, John Bolwby (1969), afirmou que a mulher passa por diversos mecanismos já selecionados na espécie que são essenciais para o desenvolvimento da vinculação mãe-bebê. Ao observar diádes como esta em diversas espécies, o autor verificou que a interação da mãe com seu filhote contribuía com o desenvolvimento de um laço de proximidade intenso: o apego. Winnicot (1988) também percebeu que as mães apresentam uma “preocupação primária materna” – uma mistura de diferentes níveis de preocupação com a criança e a correta identificação das necessidades da mesma – que também soma-se às características maternas que ampliam a chance de sobrevivência da criança (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009).

Além de toda a preparação materna, o bebê também nasce com algumas características que facilitam sua sobrevivência, como: capacidade de sucção, reflexos de força nas mãos, habilidade para

chorar, rosto redondo e agradável, preferência por faces e vozes humanas e responsividade ao “mamanhês” ou “baby talk” (Bard, 2009; Dissanayake, 2001; Figueiredo & cols., 2009; Hrdy, 2001; Nunes, Fernandes & Vieira, 2007; Zeifman, 2001). Esse repertório no bebê facilita que os cuidadores permaneçam próximos e entendam as necessidades da criança, além de contribuir com a evolução do apego (Figueiredo, 2003; Vieira & Prado, 2004)

Dentre os estudos levantados nas bases de dados, grande parte procurou realizar levantamentos bibliográficos ou estudos teóricos sobre o tema, incluindo estudos internacionais (Bard, 2009; Crouch, 1999; Dissanayake, 2001; Figueiredo, 2003; Nagy, 2010; Trevarthen, 2001; Winberg, 2005; Zeifman, 2001) e nacionais (Mendes & Seidl-de-Moura, 2009; Nunes & cols., 2007; Ribas & Seidl-de-Moura, 2004). Essas pesquisas buscaram identificar quais as características universais da interação mãe e bebê presentes em outros estudos ou nas abordagens teóricas que discutem a díade materno-infantil.

Pesquisas empíricas brasileiras sobre essa relação na perspectiva da psicologia evolucionista são menos comuns. Seidl-de-Moura e cols. (2004) investigaram 30 díades mãe-bebê por meio de um questionário e de observação da interação. Os resultados indicaram que os bebês possuíam algumas características comuns durante a interação, como olhar o ambiente e a mãe, vocalizar e mamar. As mães também tinham um repertório em comum, apesar de as particularidades e diferenças individuais entre elas terem sido pontuadas (velocidade do cuidado, atividades paralelas, nível de atenção). O estudo finaliza apontando os aspectos universais e específicos dos primeiros processos interacionais.

Também de origem brasileira, o artigo de Seidl-de-Moura e cols. (2008) relata uma pesquisa realizada com 56 díades mãe-bebê durante os primeiros cinco meses de vida. Por meio de vídeos, as famílias foram observadas e os tipos de interação codificados. Os resultados novamente indicaram repertórios comuns nesse processo interacional primário e pontuaram algumas características diferenciadas culturalmente com o avanço da interação da mãe com a criança (mais estimulação por objetos que contato face-a-face).

Ambos os estudos nacionais apontaram a tendência atual da psicologia evolucionista nas dimensões antropológicas e epistemológicas do foco interacionista. Isso significa que o homem possui características inatas selecionadas durante a sua história

filogenética, contudo enfatizando o papel da cultura no aparecimento dos comportamentos.

Dentre os estudos internacionais empíricos, o artigo de Sokol, Webster, Thompson e Stevens (2005) foi o único que não utilizou mães e crianças como participantes, buscando investigar a percepção auditiva de jovens no som de lamentação. O link com a relação mãe-bebê está presente, pois a hipótese gira em torno das características similares entre a lamentação, o “mamanhês” e o choro. Os autores verificaram que estes sons possuíam propriedades em comum e discutem a importância do reconhecimento desses sons na sobrevivência da espécie humana.

O estudo português de Figueiredo e cols. (2009) foi realizado com mães que tinham acabado de ter a criança, buscando verificar o envolvimento materno com a criança. Resultados apontaram que mães com baixa escolaridade, desempregadas, sem companheiro, com problemas psicológicos ou obstétricos anteriores ou estado depressivo apresentaram piores níveis de envolvimento. Características da criança como: sexo feminino, problemas neonatais ou internação em unidades de cuidado intensivo também foram correlacionadas com um menor nível de vinculação com o bebê. Na discussão os autores afirmam que o medo de investimento em uma criança que os pais tiveram pouco contato corporal e que possuem risco de morte é aumentado, pois muitos sistemas interacionais essenciais nesse período não puderam ser iniciados.

Da mesma forma que os estudos empíricos brasileiros citados anteriormente, Fuertes, Farias, Soares e Crittenden (2009) realizaram uma pesquisa observando 205 díades mãe-bebê durante uma situação de brincadeira livre. As crianças possuíam características diferenciadas, divididos em quatro grupos: prematuros de classe média, a termo de classe média, prematuro de baixa renda e a termo de baixa renda. Os resultados indicaram que o melhor preditor da sensibilidade maternal era a renda, assim como a prematuridade (esta com menor força). A discussão envolve diversos aspectos da perspectiva evolucionista, especialmente relacionados na escolha de parceiros com melhores condições de suportar uma prole e na importância da proximidade materna no desenvolvimento das habilidades sociais na criança.

A partir do exposto anteriormente, a importância da relação mãe e bebê para a sobrevivência da espécie humana ficou clara. Desde os primórdios da civilização, o ser humano adquiriu alguns comportamentos inatos que hoje são esquecidos ou desvalorizados, especialmente no recém-nascido (Nagy, 2010).

Apesar de poucos, os estudos sobre a relação mãe e bebê levantados mostraram como a perspectiva evolucionista colabora nos estudos da psicologia do desenvolvimento. Esse olhar sobre toda a história da espécie humana, especialmente nas crianças pequenas, comprova como a filogênese está presente no desenvolvimento humano e deve ser valorizada e reconhecida como uma perspectiva essencial e de base para a psicologia do desenvolvimento.

As pesquisas mencionadas acima consideram a perspectiva filogenética, porém seu foco geralmente é em torno de características ontogenéticas, pois essas são observáveis e mais facilmente identificáveis. Os estudos que investigam a relação mãe e bebê tendem a focar em situações da interação que potencialmente podem gerar problemas ou facilitar essa interação. Um dos momentos muito estudado é a prematuridade.

O nascimento prematuro, como definido na introdução, é aquele que nasce em menos 37 semanas e é uma situação de intenso risco para o bebê. As causas próximas, ou seja, àquelas que dizem respeito ao indivíduo e os diversos modos de funcionamento, sejam psicológicos ou bioquímicos da prematuridade, são muitas. Pode-se apontar que fatores como a idade da mãe (especialmente mães adolescentes), problemas no aparelho genital feminino, alterações placentárias, infecções, primiparidade, doenças genéticas, exposição à substâncias tóxicas, além de fatores demográficos e psicossociais (Kilsztajn, Rossbach, Nunes do Carmo & Sugahara, 2003; Ramos & Cuman, 2009). Como as causas são diversas, a prematuridade normalmente é vinculada ao estudo dos múltiplos fatores de risco que aumentam a chance da ocorrência do nascimento pré-termo.

A prematuridade é um aspecto do desenvolvimento que pode ser investigado por diferentes maneiras e perspectivas. Os fatores de risco e proteção, além da resiliência, são uma das formas mais comuns de se estudar o nascimento pré-termo. Como citado na introdução, os fatores de risco são variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento. Já os fatores de proteção são recursos individuais ou do ambiente que reduzem o efeito de risco (Poletto & Koller, 2008; Rutter, 1987; Sapienza & Pedromônico, 2005). A relação entre eles, ou seja, a forma que os fatores de risco e proteção interagem é que vai indicar um prognóstico do desenvolvimento da criança. Além disso, existe também a resiliência.

A resiliência é um conceito ainda em desenvolvimento. Considerado antigamente como um “poder” que o ser humano tinha de superar as adversidades, a resiliência hoje é compreendida como características desenvolvidas em seres humanos, principalmente crianças, que podem contribuir na superação das dificuldades. Normalmente a resiliência está relacionada com o manejo dos recursos do indivíduo para enfrentar os potenciais fatores de risco e aproveitar os possíveis fatores de proteção. Essa capacidade é relativa e, em razão disso, não está presente em todos os momentos da vida do indivíduo. Uma criança pode ser resiliente diante de uma dificuldade familiar, contudo não conseguir diante de um problema na escola (Polleto & Koller, 2008; Rutter, 2006; Sapienza & Pedremônico, 2005).

Na relação mãe e bebê esses potenciais fatores de risco e proteção são essenciais. Muitos são as adversidades biológicas, sociais e emocionais que a mulher passa durante a gravidez, parto e puerpério. Além disso, os cuidados de um bebê são um desafio que envolve uma adaptação por parte dos pais, especialmente da mãe.

Essa breve explanação sobre os conceitos foi bem contextualizada, pois esses são temas complexos com muitas teorias que explicariam e aprofundariam melhor. Contudo, esses conceitos perpassam a todo o momento o estudo, especialmente com relação ao apoio social (fator potencial de proteção) e a prematuridade (fator potencial de risco), focando-se, assim, nestes dois temas para explicações mais aprofundadas.

Como citado na introdução, a prematuridade é um momento de intenso estresse para a família e irá exigir dos pais habilidades para lidar com um bebê tão vulnerável. Um dos efeitos atenuantes do estresse é o apoio social. Esse potencial fator protetivo favorece a adaptação e apresenta para mãe recursos essenciais no cuidado da criança. Como o foco do trabalho está nesses dois temas, o tópico seguinte faz uma revisão da literatura desses dois fatores e apresenta como eles são discutidos na literatura atual.

3.3. Apoio Social e Prematuridade

Após a breve explanação sobre os fatores potenciais de risco e proteção, torna-se evidente a importância do apoio social na prematuridade. A partir disso, foi realizado um levantamento da literatura sobre esses dois temas na produção acadêmica, especificamente nas bases de dados de artigos. Essa busca realizou-se nos meses de março de 2010 até novembro de 2011 e buscou somente

pesquisas dos últimos 11 anos (2000-2011). Na Figura 1 é possível visualizar o diagrama das etapas de inclusão dos artigos.

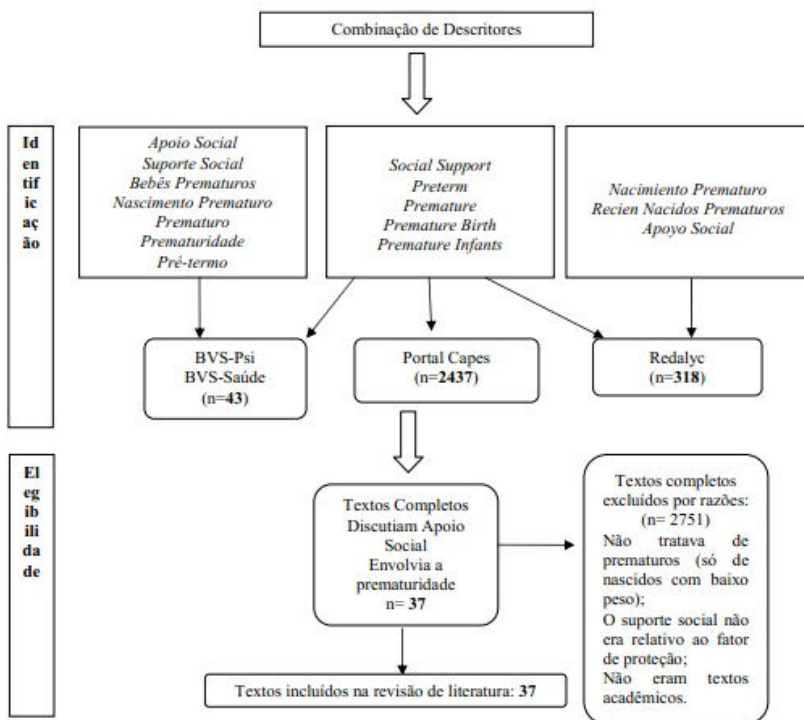


Figura 1

Diagrama da revisão de literatura sobre Prematuridade e Apoio Social

A partir do exposto na figura 1, foram selecionados 37 artigos que discutiam os dois temas: Prematuridade e Apoio Social. Muitos dos documentos excluídos, especialmente do portal Capes, não possuíam relação nenhuma com os descritores utilizados. Pela grande quantidade de documentos encontrados neste portal, optou-se por investigar neste somente os últimos seis anos (2005-2011).

Outro ponto importante é ressaltar que grande parte dos descritores utilizados foi obtida na terminologia recomendada pelas bases de dados BVS-Psi e Decs-Saúde. Esse vocabulário apresenta 5.801 descritores atualizados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Criado em 1974, os termos ali presentes são frequentemente revisados e recomendados nos indexadores oficiais. Em seguida serão expostos mais alguns comentários dos principais resultados encontrados neste levantamento.

Dos artigos encontrados, 83,78% eram levantamentos de dados, a maioria utilizou a entrevista como técnica e 70,27% tiveram uma abordagem de análise de dados quantitativa. Isso indica um direcionamento dos estudos de modo geral. Desse levantamento, 11 estudos brasileiros apresentaram uma predominância qualitativa, diferenciando-se do que é encontrado de modo geral. Mais detalhes sobre os estudos levantados podem ser visualizados no Anexo 1.

O apoio social foi referido de formas diversas pelos autores. Enquanto alguns focaram em dimensões envolvidas no suporte social, outros discutiram o apoio de modo geral. Os estudos de Flacking, Nyqvist e Ewald (2007) e Flacking, Wallin e Ewald (2007) buscaram investigar o apoio material, mais especificadamente os recursos socioeconômicos providos pelo governo, e a relação deste com o desmame na amostra (mães de prematuros e não prematuros). Em ambos os estudos os recursos postos à disposição para as mães e a sua situação socioeconômica foram fortemente correlacionadas com a duração da amamentação, indicando que esse tipo de suporte aumenta o tempo que a mães amamentam seus bebês, sem diferenças significativas em mães de a termo ou pré-termo. Já o estudo de Leijon, Finnstrom e Wadsby (2003) não identificou nenhuma diferença significativa entre o suporte oferecido pelo governo, principalmente pelos profissionais de saúde, no desenvolvimento nos primeiros quatro anos de vida de crianças nascidas a termo ou pré-termo. Discute-se que mesmo as famílias de crianças nascidas com idade gestacional acima de 37 semanas possuíam um bom suporte dos profissionais de saúde e isso pode ter amenizado as diferenças entre os grupos.

Com relação ao apoio de profissionais de saúde, o artigo de Flack, Ewald e Starrin (2007) discutem, a partir de uma análise qualitativa, o discurso de mães de bebês prematuros que ficaram internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Os resultados principais indicam a importância que os profissionais da UTIN exerceram para a formação do vínculo da mãe com o bebê e para enfrentar o momento da internação. Da mesma forma, Braga, Machado

e Bosi (2008) encontraram que o apoio recebido na UTIN foi importante para as oito mães de prematuros entrevistadas. Neste estudo brasileiro, as mães referiram que esse suporte dos profissionais foi muito importante para a manutenção da amamentação e na aproximação com o bebê.

Ainda com referência ao apoio dos profissionais de saúde, o artigo de Souza e cols. (2010) retrata a experiência de 18 mães de crianças nascidas pré-termo nos cuidados domésticos. A figura do profissional de saúde é citada diversas vezes nos grupos focais realizados, especialmente no momento da alta, em que o medo do término desse suporte aparece nas falas. Sabe-se que o desafio de cuidar de uma criança nascida prematura é acentuado no momento da alta e esse estudo ressalta que a linguagem extremamente técnica e a pouca orientação foram prejudiciais na experiência de levar o bebê para casa.

Com um acompanhamento longitudinal e sistemático, Johnson, Ring, Aderson e Marlow (2005) buscaram investigar os resultados de uma intervenção domiciliar, realizada por profissionais de saúde, no desenvolvimento de crianças prematuras extremas com dois e cinco anos de idade. Os resultados mostraram que houve uma vantagem cognitiva de crianças acompanhadas pelo projeto aos dois anos de idade. Contudo aos cinco anos de idade essa vantagem já não era mais encontrada. Os resultados são discutidos como decepcionantes, porém os autores não arguíram sobre as limitações dos instrumentos utilizados, nem das interferências de outras variáveis.

A pesquisa realizada por Correia, Carvalho e Linhares (2008) investigou o conteúdo do discurso de 20 mães de prematuros, 10 delas com indicadores clínicos emocionais que participaram de um grupo de apoio na UTIN. Os resultados indicaram que a comunicação com a equipe de saúde foi muito importante e as mães com indicadores clínicos emocionais apresentaram mais aspectos negativos dessa comunicação. O grupo de apoio foi relevante para as mães naquele momento e o apoio dos profissionais de saúde frequentemente relatados. O estudo de Laterra, Casini, Andina e Hara (2000) verificou que o apoio de psicólogos foi importante para o aumento no tempo de gravidez de mães com risco de nascimento prematuro. Os autores argentinos discutem que a contenção psicológica foi o fator responsável por esse efeito.

O apoio dos profissionais de saúde é retratado novamente de modo negativo no estudo de Vêras e Traverso-Yépez (2011) em que o

Método Canguru é analisado em uma maternidade na região nordeste do Brasil. A pesquisa relata a precariedade de atendimento, em que tanto a parte física quanto o atendimento são inferiores aos preconizados na política nacional e o abandono das crianças é relativamente alto devido às condições sociais, econômicas e psicológicas das mães nesse local. Apesar de explicitado no artigo que as condições encontradas provavelmente são específicas da região geográfica, as autoras discutem pontos importantes na relação com a equipe de saúde. O estudo relata que muitas vezes a equipe não entende a situação econômica ou mesmo a falta de apoio dos familiares que ocorre na casa e da impossibilidade da permanência da mãe na UTIN ou no projeto Canguru, gerando conflitos. Além disso, as autoras apontam algumas estratégias, nem sempre éticas, que são utilizadas pelos profissionais para manter as mães nos cuidados, além da frustração destes com os abandonos e desapego das mães com as crianças.

O acompanhamento de um bebê nascido prematuro nas UTIN's e durante o programa Canguru é repleto de dificuldades quando se refere a mães com uma situação econômica dificultada, especialmente pela falta de apoio de familiares para ficar com os outros filhos em casa ou do isolamento materno do resto da família por falta de condições para o transporte. Diante dessas situações, as autoras discutem sobre a importância da contextualização e subjetividade da situação de cada mãe, o que ainda não ocorre quando trata-se da aplicação das políticas públicas no local pesquisado por Vêras e Traverso-Yépez (2011).

Já no estudo de Siqueira e Dias (2011), o apoio dos profissionais de saúde, especialmente na enfermaria do Canguru, foram relatadas como essenciais para o aleitamento materno e vínculo com o bebê. As 21 mães que responderam a entrevista semi-estruturada apontaram as dificuldades em aderir às diferentes padronizações exigidas nas unidades de internação hospitalar e sobre a importância que o apoio familiar teve durante a internação da criança. O artigo finaliza enfatizando a importância dos profissionais de saúde adotarem uma rotina mais concreta nos hospitais e de incentivarem o apoio dos familiares durante o período de internação dos bebês nascidos pré-termo.

Percebe-se que, de modo geral, o apoio por profissionais de saúde são benéficos para a mãe e para o bebê quando presente. Contudo, os estudos indicam resultados inconclusivos quando este apoio é verificado longitudinalmente. As autoras Hodnett, Fredericks e Weston (2010) focaram na relação entre o suporte de programas preventivos de mães com risco de crianças de baixo peso (principalmente prematuras) e realizaram uma revisão da literatura que investigaram a efetividade

desses programas. Os resultados dos 17 ensaios revisados mostraram que os programas só foram efetivos para a redução de cesarianas e da internação pré-parto. Com um estudo muito parecido com este anterior, Lu, Lu e Schetter (2005) investigaram 12 estudos experimentais que procuraram a relação entre a intervenção psicossocial e a redução do nascimento com crianças de baixo peso. Dentre os ensaios levantados, somente um demonstrou uma redução efetiva desse tipo de nascimento, porém nenhum preencheu os critérios de rigorosos de uma pesquisa interventiva. Dessa forma, a relação entre o apoio dos profissionais de saúde e o parto prematuro ainda mostra-se contraditório e exige mais estudos que investiguem esse aspecto.

Com relação ao apoio dos profissionais de saúde, percebe-se que ele é apontado como importante pelas mães quando presentes e extremamente prejudiciais quando ausentes. Isso significa que os profissionais de saúde, especialmente no Brasil, são retratados de modo contraditório e com diferenças regionais. No âmbito internacional os estudos focam no apoio do governo de modo geral e buscam um estudo com mais rigor científico para comprovar o efetivo benefício desse apoio.

Artigos que realizaram uma revisão da literatura que envolviam os temas da prematuridade e apoio social somam-se cinco. Dois foram citados anteriormente e, dentre os restantes, dois são brasileiros. O primeiro, das autoras Andreani, Custódio e Crepaldi (2006), discutiu as repercussões da prematuridade no sistema familiar, enfatizando os trabalhos que focaram nas redes sociais. Como conclusão, as pesquisadoras apontaram a importância do apoio na redução do estresse parental e da importância protetiva que a rede social tem para a família e para o bebê. O estudo de Konstantyner, Leite e Taddei (2007) investigou também os efeitos do nascimento de uma criança de muito baixo peso na família. Os resultados dos 22 artigos levantados apontaram que a mãe é o membro que mais requer o apoio psicossocial e que as consequências para a família de uma criança com muito baixo peso são, geralmente, negativas. Por fim, o artigo canadense de Vigod, Villegas, Dennis e Ross (2010) buscou analisar 26 artigos que referiam sobre os fatores de risco na depressão pós-parto em mães de prematuros baixo peso. Dentre os riscos investigados, a baixa percepção de apoio social foi relacionada com maiores incidências de depressão pós-parto. Nessa revisão de literatura sistemática os autores pontuam também os outros

fatores de risco relacionados, porém enfatizam a presença do tema do apoio social.

O tema da depressão também foi recorrente nos estudos que envolviam a prematuridade. O estudo de Madu e Ross (2006) investigou a depressão e as estratégias de enfrentamento em mãe de bebês a termo e pré-termo. Os resultados demonstraram que as mães dos dois grupos apresentaram estratégias de coping diferenciadas e, nas mães de bebês prematuros, a estratégia “procurar suporte social” apareceu relacionada com maior depressão. Os pesquisadores arguíram que essa procura vem exatamente da falta do apoio e que essas mães normalmente não encontram o suporte necessário. Elsenbruch e cols. (2006) demonstram que quanto maior o apoio social percebido pela gestante, menor o índice de depressão e melhor a qualidade de vida, incluindo mais peso da criança ao nascer e menos risco de prematuridade. Da mesma forma, os autores Poehlmann, Miller Schwichtenberg, Bolt e Dilworth-Bart (2009) encontraram uma relação entre a sintomatologia depressiva e o apoio social provido pela família em casais com filhos nascidos pré-termo. Esse estudo longitudinal demonstrou que quanto mais suporte a mãe apresenta, melhor a relação com a criança e menor a chance do aparecimento dos sintomas depressivos. Ainda no tema da depressão, Preyde e Ardal (2003) investigaram como um grupo de apoio de por pares (mães de prematuros com outras mães de prematuros) tem influência na sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados indicam que esse suporte esteve relacionado com menor aparecimento dos sintomas, além de uma redução do estresse parental.

Outro tema comum ao se realizar esse levantamento foi o estresse, principalmente o materno. Kim, Choi e Ryu (2010) encontraram que mulheres imigrantes na Coreia apresentaram menor estresse e melhor cuidados pré-natais quando possuíam mais apoio social. Ao encontro desse artigo, Nkansah-Amankra, Luchok, Hussey, Watkins e Liu (2010) também investigaram a relação entre estresse e parto prematuro. Os autores discutem que quanto maior o estresse, maior a chance de parto prematuro e que as redes sociais mostram-se excelentes fatores protetivos para o estresse e, conseqüentemente, para o nascimento pré-termo. Esse resultado também foi encontrado por Badr, Abdallah e Mahmoud (2005), que avaliou em quatro contextos diferenciados as variáveis preditivas do nascimento prematuro. Eles concluem apontando também o estresse e a falta de suporte social. No estudo argentino de Grandi, Gonzáles, Naddeo, Basualdo e Salgado (2008) o estresse também foi relacionado ao parto prematuro e o apoio social como variável para amenizar o estresse materno.

Mantendo-se no tema do estresse, Jones, Rowe e Becker (2009), discutem a importância do apoio social para os pais na prematuridade, especialmente para melhores estratégias de enfrentamento e atitudes positivas com relação ao bebê. Contudo, essa relação só foi encontrada na pré-alta. Após a saída do hospital os 25 casais pesquisados demonstraram que o apoio do companheiro foi essencial para os cuidados. O trabalho de Muñoz e Oliva (2009) verificou como os estressores psicossociais estavam associados ao parto prematuro e a hipertensão. Os resultados encontrados em 146 puérperas adolescentes demonstraram que o apoio social familiar está associado com a redução dos dois problemas do estudo e que o estresse aparece relacionado com o aumento da pressão e a prematuridade. O estudo nacional de Guimarães e Melo (2011) investigou o apoio social e a associação deste com a prematuridade em uma população de baixa renda. O estudo indicou relação da ameaça do parto prematuro com o apoio material, apontando que quanto mais apoio a mãe apresentava, menor a chance de ela ter tido uma prematuridade anterior. O estudo finaliza apontando a importância da figura do pai no apoio dessas mães durante o processo da prematuridade do bebê. Diferentemente dos estudos anteriores Dole e cols. (2003) não encontraram relação do estresse maternal e a prematuridade com o suporte social. Os autores apenas relatam que fatores como a ansiedade com a gravidez, a presença de eventos negativos e a discriminação racial são fatores correlacionados com a prematuridade.

Outros fatores psicossociais foram relacionados com a prematuridade, como o estudo de Dole e cols. (2004) que investigou fatores como a etnia, o local de moradia, sintomas depressivos e ansiosos e o apoio social com a prematuridade. Os fatores associados com o nascimento pré-termo foram a etnia, os mecanismos de enfrentamento e a presença do companheiro. Herrera e cols. (2006) investigou o risco biopsicossocial (suporte social, renda, local de moradia) com a prematuridade e verificou uma relação forte desta com os riscos. Além disso, os riscos biopsicossociais apresentaram relação com problemas no nascimento, baixo peso ao nascer e comorbidades na gravidez. O estudo canadense de Croteau, Marcoux e Brisson (2007) mostraram que os fatores como horas de trabalho, estresse, baixo ou moderado suporte social e características da postura materna contribuíram para a prematuridade. Corroborando com esses estudos, Garel, Dardennes e Blondel (2006) também encontraram relação entre o

isolamento social da mãe de crianças nascidas pré-termo com um ano de idade com a angústia materna.

O apoio paterno às mães durante o processo da prematuridade foi citado anteriormente, porém o estudo de Ghosh, Wilhelm, Dunkel-Schetter, Lombardi e Ritz (2010) realizaram um levantamento de dados com mães de crianças nascidas pré-termo e a termo e verificaram a importância do suporte do pai da criança para mãe como um moderador do estresse crônico. Com um número substancial de participantes (1027 pré-termo e 1282 a termo), o estudo aponta que o baixo suporte paterno e o estresse crônico durante a gravidez são potenciais fatores de risco para o nascimento prematuro, enquanto as mulheres com níveis moderados e altos de apoio social apresentaram melhores resultados que os de baixo suporte. O estudo nacional de Fernandes, Lamy, Morsch, Lamy Filho e Coelho (2011) também enfatiza importância de uma rede de apoio social efetiva para que o abandono infantil não ocorra em bebês nascidos prematuros, especialmente suporte do pai da criança. Retratam também o papel da equipe de saúde para o empoderamento materno durante os cuidados com a criança e o alto índice de abandono ainda existente no caso de crianças nascidas a termo.

De modo geral, as figuras de apoio se repetem nos estudos, especialmente o pai e a avó materna da criança. Além disso, os profissionais de saúde aparecem como presenças essenciais durante o internamento, quando facilitadoras do processo de vinculação com o bebê. Normalmente são esses profissionais que incentivam o contato com a criança e encorajam os pais à cuidarem do seu bebê, não importando quão frágil ele seja.

Para finalizar, três artigos de abordagem qualitativa investigaram a percepção de mães de prematuros com outras variáveis. A pesquisa de Nicolaou, Rosewell, Marlow e Glazebrook (2009) relatou a experiência de 20 mães na interação com os bebês prematuros. O discurso focou na falta de apoio informacional sobre a correta estimulação da criança e o foco predominante das informações na questão fisiológica. O estudo nacional de Simioni e Geib (2008) informaram que as 12 mães de prematuro sentiam-se desamparadas no meio doméstico, com o apoio de interação positiva presente, contudo o apoio material deficiente. As avós dos bebês foram apontadas como essenciais nos cuidados com a criança pré-termo. O outro estudo nacional de Moraes, Quirino e Almeida (2009) corrobora alguns aspectos da pesquisa anterior. O cuidado da criança prematura no domicílio foi investigado em sete mães por meio de entrevistas e observação. Os resultados indicam que as mães têm

dificuldades no cuidado do dia a dia e que o suporte emocional foi importante nos obstáculos encontrados por elas.

A forma como o apoio social é discutido na literatura levantada varia imensamente. Seja como um fator potencial de proteção ou apenas uma consequência de intervenção psicológica, um aspecto fica evidente: o apoio social apresenta relação com a prematuridade. O que não se sabe afirmar é como essa relação se desenvolve e como ela refletirá no desenvolvimento mental e motor das crianças.

Com o pressuposto de que existe relação entre o apoio social e o desenvolvimento infantil e considerando os objetivos do estudo, e também do que foi encontrado na literatura pesquisada, é importante que a racional da pesquisa seja explicitada, ou seja, quais os resultados que esperamos encontrar.

- 1) O desenvolvimento mental e motor das crianças a termo será mais adequado a idade que o das crianças pré-termo;
- 2) As mães das crianças pré-termo apresentarão maior apoio social;
- 3) O apoio dos profissionais de saúde será mais presente nas díades com crianças nascidas pré-termo e que esse apoio refletirá no desenvolvimento das crianças;
- 4) Em ambos os grupos de análise espera-se que a escolaridade, a renda e outros fatores socioeconômicos sejam correlacionados positivamente com o apoio social e o desenvolvimento infantil;
- 5) Devido ao potencial fator de risco que a prematuridade é, espera-se que as características da gravidez e parto sejam mais complicadas, com menor Apgar, maior tempo de internação, mais dificuldades e complicações na gravidez e parto, porém essas sejam atenuadas pelo apoio social;
- 6) Espera-se que, principalmente nas díades com crianças nascidas pré-termo, o apoio esteja positivamente correlacionado com o desenvolvimento das crianças;
- 7) A qualidade do relacionamento conjugal e familiar estará correlacionada com o apoio e o desenvolvimento das crianças em ambos os grupos e o pai, principalmente no grupo de crianças pré-termo, será uma das principais figuras de apoio;
- 8) O risco psicossocial apresentar-se-á maior no grupo com crianças nascidas pré-termo e o apoio social será apontado como um atenuante desse risco.

Com a racional da pesquisa apresentada, o próximo passo será demonstrar a efetivação do estudo. Inicia-se com a demonstração do método no próximo tópico.

4. MÉTODO

4.1. Caracterização da Pesquisa

Essa pesquisa trata-se de um levantamento de dados que buscou descrever e verificar a relação entre o apoio social materno e o desenvolvimento infantil. Mais especificadamente, pretendeu-se analisar essa relação em crianças nascidas a termo e pré-termo. Além do potencial fator de proteção investigado – apoio social –, alguns dados sociodemográficos e o risco psicossocial também serão incluídos nas análises.

A presente pesquisa tem caráter descritivo e correlacional. Descritiva por incluir uma descrição dos dois grupos de crianças e suas mães, ou seja, do fenômeno ou população estudada (Sampiere, Collado & Lucio, 1994). É correlacional por relacionar duas variáveis principais (desenvolvimento infantil e apoio social materno) e explicá-las em cada grupo específico de crianças, conjuntamente com alguns fatores potenciais de risco. Como esse estudo foi feito em um momento específico no espaço e na trajetória de vida dos participantes, é caracterizada como transversal.

4.2. Participantes

Participaram da pesquisa 31 díades mãe-criança. Destas, 15 eram nascidas a termo e 16 nascidas pré-termo. A idade das crianças foi entre cinco e sete meses. Todas frequentavam o ambulatório pediátrico dos locais de coleta e residiam na Grande Florianópolis, estado de Santa Catarina. Foram incluídas nessa amostra mães que tiveram qualquer tipo de parto, com qualquer idade e escolaridade, primíparas ou não e convivendo com o pai da criança ou não. Apesar de relevadas na seleção dos participantes, essas características diferenciadas foram variáveis para análises posteriores. Outros critérios para a participação dessas díades serão mais bem explicitados em seguida.

- Díade com criança nascida a termo: bebês que nasceram após 37 semanas de gestação, sem deficiências neurológicas ou fisiológicas identificadas. O parto pode ter tido complicações (como, por exemplo, cesárea de urgência), contudo essa dificuldade no nascimento não pode ter envolvimento com prematuridade. A mãe obrigatoriamente era a genitora biológica.

- Diáde com criança nascida pré-termo: infantes com idade gestacional inferior a 37 semanas, tempo este medido preferencialmente pelos métodos Ballard³, Capurro⁴ e data da última menstruação, respectivamente. Não foram incluídas crianças provenientes de gestações múltiplas (com sobrevivência ou não do gemelar) nem as nascidas com extremo baixo peso (menos de 1000 gramas). A idade das crianças para as análises foram corrigidas, ou seja, sua data de nascimento foi trazida para o dia que completaria 37 semanas, sendo o resto do tempo desconsiderado. Apesar de crianças prematuras apresentarem maior risco de deficiências, foi selecionada para a amostra bebês que não tiveram nenhuma deficiência ou doença grave diagnosticada. A mãe obrigatoriamente era a genitora biológica.

4.3. Locais de Pesquisa

Os locais de coleta foram dois ambulatórios de pediatria localizados na Grande Florianópolis. Ambos os contextos são ambulatórios-escola e conveniados a uma universidade. Atendem uma população predominantemente de baixa renda e fazem parte da rede de assistência em saúde pública.

O primeiro ambulatório, identificado aqui como **A**, atende principalmente a região continental da Grande Florianópolis. É conveniado a uma universidade particular e seus serviços incluem várias especialidades médicas, porém se concentram em pediatria e obstetria. Seu atendimento é totalmente gratuito. Este local está na comunidade há cinco anos e possui uma boa estrutura de salas e equipamentos. Seus pacientes são encaminhados via Unidade Básica de Saúde ou por procura do próprio paciente. Nesse local a coleta foi predominantemente de crianças nascidas a termo.

O local de coleta **B** foi um ambulatório-escola de pediatria dentro do um hospital universitário geral. O ambulatório está presente na

³ Método de avaliação rápida e precisa da idade gestacional. É indicado para infantes prematuros, especialmente após 20 semanas. Este método analisa parâmetros neurológicos (postura, ângulo de flexão do punho, retração do braço, ângulo poplíteo, sinal do xale, calcanhar-orelha) e parâmetros físicos (pele, lanugo, superfície plantar, glândula mamária, olhos/orelhas, genital masculino, genital feminino) (Ballard & cols., 1991).

⁴ Método simples e de fácil uso, indicado para crianças nascidas após 30 semanas. Avalia parâmetros neurológicos (postura e sinal de xale) e físicos (textura da pele; forma da orelha; glândula mamária; pregas plantares) (Capurro; Konichezky; Fonseca; & Caldeyro-Barcia, 1978).

comunidade desde 1980 e atende populações de todo o estado de Santa Catarina. O atendimento no local é totalmente gratuito e vinculado a uma universidade pública. Seus pacientes são encaminhados pelo próprio hospital ou pela Unidade Básica de Saúde. A estrutura física do ambulatório é pequena, porém possui uma extensa equipe de saúde. Quando o espaço foi insuficiente para a coleta adequada, utilizou-se a sala da psicologia na Unidade de Pediatria. Nesse ambulatório foram coletadas principalmente crianças prematuras, pois o local possui um programa de *follow-up* referência no estado.

4.4. Instrumentos

Para realizar o levantamento de dados desejado e cumprir os objetivos relatados foi construído um questionário composto três partes (Anexo 3). Cada uma dessas etapas teve um objetivo específico.

4.4.1. Identificação da idade e coleta de dados sociodemográficos

Protocolo de dados gerais

Este instrumento constitui-se em um questionário com questões fechadas que investigam aspectos sociodemográficos como: sexo da criança, idade da criança, idade, escolaridade e profissão dos pais, composição familiar, número de filhos e renda familiar, entre outros. Esses questionamentos foram utilizados para a descrição dos participantes e verificação da influência dessas variáveis com os demais aspectos investigados na pesquisa.

4.4.2. Avaliação do Apoio Social Materno

4.4.2.1. Avaliação qualitativa do apoio social

Para essa avaliação foi questionado o que era apoio para as participantes. As respostas foram anotadas pela pesquisadora no momento da aplicação. Além dessa pergunta, buscou-se identificar também nessa parte as principais figuras de suporte e se as mães identificavam os profissionais de saúde como fontes de suporte social. Essas perguntas foram realizadas tanto com o objetivo de enriquecer os dados quantitativos, quanto para verificar quais as relações com as outras variáveis e compreender melhor as diferenças na percepção do apoio em mães de crianças nascidas a termo ou pré-termo.

4.4.2.2. Avaliação quantitativa do apoio social

Para avaliar a percepção materna do apoio social recebido, foi utilizada a Escala de aferição de apoio social (Griep, 2003; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005). Originalmente elaborada por Sherbourne e Stewart (1991), essa escala foi traduzida, adaptada e validada para o Brasil pelo Estudo Pró-Saúde. O processo ocorreu por meio da análise de diversas medidas de apoio social, com teste piloto e pesquisa bibliográfica sobre o assunto (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001). Ambos os estudos comprovaram a validade e fidedignidade da escala para medir o apoio social, mesmo com pequenas alterações da versão original. Essa escala foi utilizada por apresentar validação brasileira e buscar verificar o apoio percebido, ou seja, aferido pelo sujeito. Para facilitar a resposta e compreensão das mães sobre a escala, uma gradação com as respostas (Anexo 6) foi formulada e oferecida durante a aplicação.

A escala é do tipo Likert com cinco pontos (1 = “nunca” até 5 = “sempre”), que avalia a frequência com que a mãe percebe seus laços sociais e recursos de outras pessoas de sua rede em caso de necessidade. Esta versão da escala mantém o conjunto original de 19 itens e inclui três fatores: apoio material (ex. *você conta com alguém que a ajude, se ficar de cama*), emocional/informação (ex. *há alguém para dar bons conselhos em situação de crise*) e interação social positiva/apoio afetivo (ex. *você tem alguém com quem fazer coisas agradáveis*).

4.4.3. Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil

Para a análise do desenvolvimento infantil, foi utilizada a Escala Bayley II, com material padronizado e seguindo as orientações do manual original. Essa escala é constituída de quesitos mentais, motores e de classificação do comportamento. Apesar da validação da escala no Brasil não existir, a escala Bayley II (Bayley, 1993) é utilizada no âmbito nacional por diversos pesquisadores (Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004; Eickmann, Lira & Lima, 2002; Goto & cols, 2005; Graminha & Martins, 1997; Lima, Barbarini, Gagliardo, Arnais & Gonçalves, 2004; Mallay-Diniz & cols, 2004; Mello, Gonçalves & Souza, 2004; Rugolo, 2005) e possui extensa utilização em estudos internacionais.

Além disso, o grupo de estudo envolvido nessa pesquisa estudou extensivamente todo o manual em inglês, especialmente as atividades. Para facilitar no momento da aplicação, foi realizado uma tradução livre para o português, respeitando rigorosamente o apontado no caderno de aplicação.

A escala avalia individualmente crianças entre 15 dias e 42 meses. As habilidades mentais investigadas incluem memória, habituação, solução de problemas, conceitos numéricos primários, generalização, classificação, vocalização, linguagem e estratégias sociais. A escala motora avalia o controle dos movimentos grossos e finos, incluindo rolar, engatinhar, sentar, andar, correr e pular, manipulação de escrita, movimento de pinça e imitação dos movimentos de mão. A escala comportamental avalia qualitativamente a criança durante a avaliação e serve como complemento às duas escalas anteriores (Bayley, 1993).

A Escala Bayley possui procedimentos padronizados para sua aplicação, contudo há uma flexibilização na ordem e velocidade de apresentação dos itens, dependendo da idade, temperamento e desempenho da criança. A pontuação é por meio de créditos obtidos em cada atividade, que vai de 50 a 150 pontos. Ao final, soma-se e compara-se os pontos com uma tabela padronizada no Manual e subdividida por idade e verifica-se o Índice de Desenvolvimento Mental e o Índice de Desenvolvimento Motor. Esses dados foram passados para o questionário e utilizados para a posterior análise. A classificação da criança (abaixo, dentro ou acima dos limites normais) não foi considerada para análise, pois a padronização é feita com crianças estadunidenses.

4.4.4. Avaliação dos potenciais fatores de risco e proteção

4.4.4.1. Relacionamento Conjugal e Familiar

Nessa seção do questionário foi identificada a situação do casal e qualidade do relacionamento conjugal (se houver). Também foi questionado sobre a relação da mãe e do pai com o(s) filho(s). A junção dos itens sobre a qualidade do ambiente familiar dá uma média de como está a dinâmica do casal e dos pais com os filhos, o que é um possível fator de risco e proteção. É importante ressaltar que alguns itens são invertidos para a média final, a fim da padronização da intensidade da média. Nesse caso, quanto mais alta for a média, pior é a qualidade dessas relações.

4.4.4.2. Gravidez, parto, pós-parto e rotina atual da criança

As questões referentes à gestação e os momentos posteriores foram questionados visando descrever como se passaram fases e quais

os problemas encontrados. Perguntas com relação aos sentimentos da mãe durante a gravidez e o parto também foram realizadas.

A outra seção do questionário investigou a rotina atual da criança. Foram seis perguntas sobre a frequência da criança à creche e sobre os cuidados diários que o bebê recebe.

4.4.4.3. Escala de Índice Psicossocial de Rutter

O Índice de Risco Psicossocial de Rutter (1987) é composto por 10 questões que avaliam os seguintes itens: baixo nível educacional dos pais; habitação superlotada; pais com doença psiquiátrica; história de delinquência dos pais; problemas conjugais; maternidade/paternidade precoces; rejeição da gravidez; falta de apoio e integração social; desemprego/doença dos pais por mais de um ano; e dificuldades para lidar com os problemas do cotidiano. A soma dos itens presentes indica o número de condições adversas às quais a criança está exposta e classificam o risco psicossocial em escore baixo, moderado e escore severo. Este instrumento atenta para os fatores de risco e de proteção presentes no contexto da família.

4.5. Procedimento

Inicialmente foi feito um treinamento com as pesquisadoras para que ocorresse uma melhor compreensão da escala de desenvolvimento, proporcionando uma aplicação de forma padronizada, em fase anterior à coleta dos dados. Essa padronização incluía desde a maneira de se apresentar e direcionar a entrevista a como deveria se vestir durante a aplicação. Os instrumentos contidos nos questionários também foram apresentados e discutidos em termos de conduta e ética na pesquisa. Desse treinamento foi elaborado um manual (Anexo 4) para facilitar a padronização.

Concomitantemente com o treinamento, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade de Santa Catarina e aprovado sob o número 310/2009. Após aprovação, foi feito o contato com os funcionários dos ambulatórios e o início do recrutamento aos participantes.

Foram realizadas duas aplicações piloto, uma com um infante pré-termo e outra com uma criança nascida a termo. Esse piloto forneceu informações sobre problemas com o questionário, dificuldades da aplicação da escala Bayley II e envolvimento das mães e crianças na pesquisa.

A forma de recrutamento foi por contato telefônico prévio. O número de telefone foi fornecido pela instituição da coleta ou por

pesquisa em prontuário de saúde das díades que se encaixaram nos critérios desejados da pesquisa. O convite foi feito de modo a explicitar a voluntariedade da participação, ressaltando para a mãe que não era obrigatória a participação, porém que seria interessante para ela verificar também o desenvolvimento e seu filho.

É importante explicitar que o número de crianças nascidas pré-termo que estavam na faixa etária solicitada foi bastante grande, em torno de 150. Contudo, muitas dificuldades foram encontradas durante a fase de recrutamento. Inicialmente, em torno de 15% das crianças pré-termo recrutadas pela data de nascimento tinham falecido. Sabe-se que a prematuridade é uma situação de risco e o óbito infelizmente ainda ocorre frequentemente. Outro fator que reduziu consideravelmente o número de recrutados foi que muitas famílias não residiam na Grande Florianópolis, haja vista que o Local B é um hospital de referência no nascimento e cuidados de crianças nascidas pré-termo em todo o estado de Santa Catarina. Ainda, dentro desse grupo de recrutamento, muitos telefones de contato fornecidos no prontuário estavam desconectados ou não existiam, impedindo o contato com esses possíveis participantes.

Ao fim desses obstáculos encontrados, foram contatadas aproximadamente 40 mães. Dessas, 12 já informaram no contato inicial que não desejavam participar da pesquisa por diversas razões. Das que aceitaram participar, muitas não compareceram no dia marcado. Outras mães solicitavam a remarcação do dia da aplicação, contudo com a mudança da data as crianças não se encontravam na faixa etária exigida na pesquisa, excluindo-se, assim, esses participantes da pesquisa.

Com as díades de crianças nascidas a termo, as dificuldades foram um pouco diferenciadas. Como a aplicação foi toda realizada no Local A e este era vinculado a uma Universidade, o ambulatório fechava no período de férias escolares. Nesse local nos foi permitido aplicar uma tarde por semana, e podíamos marcar duas crianças por dia. Também foi muito frequente nesse local criança que estavam fora da faixa etária desejada e as ausências não justificadas. Desse modo, o número inicial de participantes desejados precisou ser reduzido. Também se optou por manter o número próximo entre os dois grupos de díades, para que houvesse similaridade nas análises.

Com as mães convidadas que concordaram em participar, foi acordado o melhor momento da realização da entrevista. A sala de aplicação tinha apenas o material necessário à aplicação da escala, sendo um ambiente silencioso, que facilitou a concentração e colaboração da

criança na avaliação. Inicialmente a pesquisa foi explicada a mãe, sem enfatizar o aspecto do Apoio Social. Foi informado que alguns aspectos do desenvolvimento da criança serão relacionados com aspectos da vida da mãe. Foi ressaltado que a participação é voluntária e que suas respostas devem ser sinceras. Foi explicado que os dados fornecidos pela mãe eram sigilosos tanto para a instituição onde ocorre a pesquisa como para a divulgação dos resultados do estudo. Apenas a avaliação da criança foi colocada no prontuário, caso ela permitisse. Apesar de explicitado toda a voluntariedade da pesquisa, nesse momento ainda não se apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para não romper com a fluidez da aplicação.

A aplicação da Escala Bayley II foi em um tapete de EVA colorido (Figura 2), utilizando-se o material fornecido pela escala e uma mesa de madeira confeccionada no tamanho adequado para crianças pequenas. A mãe foi orientada sobre como agir na avaliação, especialmente sobre como e em que momentos sua participação seria necessária.

Após a utilização da Escala foi solicitado à mãe que respondesse o questionário formulado. Essa aplicação foi realizada em uma mesa com cadeiras em formato de L (Figura 3). Tanto a aplicação com a mãe como com a criança poderia ser interrompida a qualquer momento, seja por desconforto físico ou emocional. No caso da Escala Bayley II, é possível a reaplicação desde que o intervalo de tempo não modifique as atividades exigidas para a idade. Apenas uma criança necessitou de reaplicação, realizada dois dias depois, em razão de um mal estar da criança.

Após responder o questionário, a mãe recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) e foi convidada a assinar. Nesse momento também ocorreu o convite para a participação do estudo futuramente, ou seja, na continuação desse estudo longitudinalmente, contudo sem vinculação de obrigatoriedade dessa pesquisa com a próxima. O tempo de duração aproximado de cada aplicação foi de uma hora e meia.



Figura 2
Tapete de Aplicação da
Escala Bayley II



Figura 3
Disposição da mesa e das
cadeiras para a entrevista

Para finalizar, a mãe recebeu dois presentes de agradecimento. Primeiro um material formulado pelo estudo com atividades de estimulação adequada para a criança (Anexo 5). Nesse material também foi solicitado que a mãe preenchesse, quando desejasse, com alguns dados da criança e recomendado que ela guarde esse material como lembrança. Por fim, foi dado um mordedor-chocalho para a criança e ressaltado o agradecimento pela participação e disponibilidade.

4.6. Tratamento e Análise de Dados

Os dados foram compilados para uma planilha de um programa informático. Após essa fase, foi realizada uma análise simples de frequência e porcentagem, a fim de verificar os resultados que fossem excessivos (números muito acima do esperado, médias muito baixas, etc). A partir dessa análise inicial, 30% dos questionários foram re-conferidos por outro pesquisador como forma de garantir a exatidão dos dados compilados.

Como primeira análise, os dados foram tratados inicialmente de modo descritivo. Foram utilizados testes de frequência e porcentagem simples (média e desvio padrão), buscando descrever aos participantes nos seus dados sociodemográficos, além da apresentação das médias dos instrumentos aplicados.

As análises utilizadas a partir desse momento foram as não-paramétricas. A opção por se utilizar esse tipo de análise deveu-se ao baixo número de participantes total e a distribuição não normal dos dados.

Num segundo momento, os dados foram analisados separadamente, com comparação de médias entre os grupos (diádes pré-termo e a termo). Para essa análise foi utilizado o teste de Mann-Whitney, que busca avaliar se há diferença estatisticamente significativa

entre as médias dos postos das duas condições (Dancey & Reidy, 2006). Por meio desse teste comparou-se médias do Apoio Social Materno, da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil, da Qualidade do Relacionamento Conjugal e Familiar, além de alguns fatores da história materna e da criança.

Com o intuito de verificar as relações entre os diversos fatores, foi realizado o teste de correlação de Spearman, que busca verificar o relacionamento entre duas variáveis, ou seja, quando o valor de uma das variáveis modifica, a outra muda de forma dependente (Dancey, & Reidy, 2006). O r^5 de Spearman varia de 0 a 1 e pode-se dividi-la em três forças: fraca – até 0,3; média – de 0,31 a 0,59; e forte – 0,60 até 1,00. A correlação foi realizada entre todas as variáveis numéricas coletadas para uma ampla análise dos dados obtidos.

Para as análises dos dados categóricos, foi utilizada a análise do qui-quadrado. Este teste permite verificar as associações entre duas ou mais variáveis categóricas (Dancey & Reid, 2006), indicando também o tamanho de seu efeito e sua força, esta interpretada da mesma forma que as correlações. Este teste foi realizado nas categorias do Risco Psicossocial de Rutter e com outros dados sociodemográficos categóricos.

A análise temático-categorial foi realizada com as questões abertas sobre os sentimentos e significados questionados à mãe. Essa forma de análise qualitativa teve inicialmente uma leitura flutuante das respostas por parte da pesquisadora, visando se familiarizar com o conteúdo. Após essa etapa, a fala da mãe foi separada em unidades de análise, ou seja, em delimitação dos conteúdos da frase a serem categorizados.

Com as Unidades de Análise delimitadas pela pesquisadora, passou-se a verificar os diversos conteúdos apresentados e os significados que elas continham, unindo as similares em significado. Com esse conteúdo finalizado, os temas foram identificados e categorias assinaladas. Essas categorias foram definidas pela pesquisadora de modo a explicitar bem seu conteúdo. Essa categorização foi, então, analisada de duas formas: presença ou ausência nos grupos (frequência) e sentido desse conteúdo para aquele grupo de pessoas (Bardin, 2000;

⁵ No caso dessa análise, a letra correta para se utilizar é o p. Contudo, por receio da confusão entre a significância e o valor da correlação, optou-se por utilizar a mesma letra que a correlação de Pearson, esta não paramétrica.

Oliveira, 2008). O primeiro tipo de análise foi submetido a três juízes (dois com formação em psicologia, um com formação na área de comunicação) e o grau de confiabilidade exigido foi de, no mínimo, 75%. Em seguida foram verificadas quais as categorias mais presentes em cada um dos grupos estudados e destrinchados os significados dessas presenças ou ausências de categorias.

Para facilitar a compreensão das análises e sua relação com os objetivos do estudo, foi formulada uma tabela resumindo as análises com os objetivos. Essas informações podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição das análises realizadas para o alcance dos objetivos do estudo.

Objetivo	Análise(s) realizada(s)
Descrever as variáveis sociodemográficas dos participantes;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: distribuição de frequência e porcentagem das variáveis; • <i>Análise inferencial</i>: comparação de médias entre os dois grupos (Mann-Whitney, Qui-quadrado)
Identificar como a mãe percebe o apoio social recebido;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: porcentagem de cada dimensão da escala de apoio social em cada um dos grupos participantes; • Descrição das categorias encontradas nas perguntas abertas sobre apoio social; • <i>Análise inferencial</i>: comparação entre as médias de cada dimensão da escala de apoio social em cada grupo investigado (Mann-Whitney); • Comparação entre o número de palavras e o número de categorias na fala das participantes em cada um dos grupos (Mann-Whitney); • Verificação das associações entre as categorias encontradas nas falas entre os grupos (Qui-quadrado);
Caracterizar o desenvolvimento de crianças por meio da Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: distribuição de frequência e porcentagem nas áreas da escala e das subáreas da escala; • <i>Análise inferencial</i>: comparação de médias entre os dois grupos (Mann-Whitney) e entre as subáreas (Qui-quadrado);
Correlacionar o apoio	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise inferencial</i>: correlação entre as

social percebido pela mãe e o Desenvolvimento mental e motor das crianças;	dimensões de ambos os instrumentos (Correlação de Spearmann);
Verificar as relações entre aspectos da gravidez, parto, pós-parto e rotina atual da criança com o apoio social e o desenvolvimento infantil;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: distribuição de frequência e porcentagem desses dados investigados; • <i>Análise inferencial</i>: correlação entre as dimensões de ambos os instrumentos com as variáveis numéricas (Correlação de Spearmann), análise das diferenças entre as médias dos instrumentos com as categorias dos dados investigados (Mann-Whitney e Krukal-Whallis);
Correlacionar o Apoio Social e o desenvolvimento das crianças e com a qualidade do relacionamento conjugal e familiar (QRC e QRF);	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: distribuição de frequência e porcentagem do QRC e QRF; • <i>Análise inferencial</i>: correlação entre as dimensões de ambos os instrumentos (Correlação de Spearmann)
Verificar as relações entre o Apoio Social e o desenvolvimento infantil com a escala de Risco Psicossocial;	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análise descritiva</i>: distribuição de frequência e porcentagem do da Escala de Risco; • <i>Análise inferencial</i>: comparação das médias dos instrumentos com as três categorias do Risco Psicossocial (Kruskal-Wallis);

4.7. Considerações éticas

Algumas considerações sobre os aspectos éticos necessitam ser explicitados. Além da aprovação dessa pesquisa no comitê de ética, alguns cuidados foram tomados em toda a pesquisa. Inicialmente, como o estudo envolvia uma avaliação do desenvolvimento infantil direcionada a psicólogos, todos os pesquisadores envolvidos tinham graduação ou eram estudantes de psicologia treinados. Apesar da obrigatoriedade da presença do psicólogo não ser necessária em situações de pesquisa, esse cuidado extra foi em razão dos pontos investigados no restante da pesquisa também estarem relacionados a aspectos psicológicos.

Também por se tratar de uma avaliação do desenvolvimento infantil, as mães obtiveram as informações sobre o resultado de seus filhos após a aplicação do questionário e puderam tirar dúvidas com relação ao desenvolvimento de seus bebês. Houve também a entrega de

uma cartilha com algumas atividades simples que poderiam ser feitas em casa para a correta estimulação da criança pela mãe. Os resultados foram colocados no prontuário da criança, com o consentimento prévio da mãe, para que o ambulatório também pudesse acompanhar a criança após o momento da pesquisa.

Nos casos em que a criança apresentou alguma dificuldade maior no desenvolvimento, os profissionais responsáveis no ambulatório foram avisados e incentivados a acompanhar esses casos mais de perto. Nessas situações as informações providas no prontuário também eram mais específicas e relatavam mais detalhadamente as questões a serem investigadas no *follow-up*.

Quando as mães apresentavam problemas de ordem psicológica, como sintomatologia depressiva ou grave rejeição da criança, os locais de acompanhamento também eram informados e era oferecido atendimento psicológico para as mães. Nos dois casos que isso ocorreu, as mães não quiseram atendimento psicológico imediato, porém receberam uma lista de locais onde poderiam procurar esse atendimento mais próximo de suas residências gratuitamente, como unidades básicas de saúde.

O retorno dos resultados para os locais de pesquisa ainda está em fase de construção, porém foi acordado previamente a disponibilidade da pesquisadora em transmitir esses resultados nas faculdades vinculadas aos ambulatórios e as profissionais que assim desejarem. Uma cópia da dissertação também será entregue e as situações de devolução ocorrerão no segundo semestre de 2012.

Concluindo, o retorno ético também se será feito com a publicação dos resultados em periódicos acadêmicos e divulgação em congressos. Esse retorno a academia também faz parte da ética do retorno às instituições que contribuíram com essa pesquisa e para o meio científico. Em seguida, apresenta-se os resultados encontrados.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos Participantes

No total, participaram do estudo 31 díades, 15 com crianças nascidas a termo e 16 pré-termo. A média de idade das crianças, já com as nascidas pré-termo corrigidas (o tempo do nascimento anterior a 37 semanas foi desconsiderado), foi de 209,26 dias (D.P.= 30,88), indicando que as crianças tinham aproximadamente seis meses de idade. As mães apresentaram média de idade de 29,65 anos (D.P.= 6,29) e os pais de 32,65 anos (D.P.= 7,72).

Na amostra geral, 14 crianças eram do sexo masculino (45,2%) e 17 do sexo feminino. A maioria das famílias era de composição nuclear (74,2%), quatro de nuclear estendida (12,9%), três de mononuclear estendida (9,7%) e uma mononuclear (3,2%). A renda mensal familiar foi de R\$ 1902,86 (D.P.= 900,64), com uma média de 4,29 (D.P.= 1,37) pessoas morando na casa e de 6,16 (D.P.= 2,34) cômodos por moradia.

Como a pesquisa baseia-se em dois grupos, cabe aqui definir essas características em cada um destes. No grupo das crianças nascidas a termo, sete eram meninos (46,7%) e oito eram meninas. Nas crianças nascidas pré-termo, sete eram meninos e nove eram meninas (56,3%). Além disso, acrescentam-se outras variáveis que descrevem ambas as amostras que podem ser verificadas na Tabela 2.

Tabela 2

Variáveis numéricas dos dados sociodemográficos dos participantes.

	<i>Tipo de nascimento</i>	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
Variáveis		<i>Média (D.P.)</i>	<i>Média (D.P.)</i>
Idade da Criança (dias) ¹		225,87 (23,61)	193,69 (29,20)
Idade da Mãe		30,67 (5,45)	28,69 (7,03)
Idade do Pai		34,20 (8,07)	31,20 (7,33)
Nº de Filhos		2,40 (1,64)	2,13 (1,31)
Nº de Pessoas na Casa		4,67 (1,54)	3,94 (1,12)
Nº de Cômodos		6,13 (2,13)	6,19 (2,59)
Renda Familiar (reais)		1803,33 (730,08)	2017,69 (1084,70)
Anos de Escolaridade Mãe ¹		8,53 (3,36)	11,38 (3,81)
Anos de Escolaridade Pai		8,53 (3,18)	10,33 (3,79)
Tempo de União do Casal no Nascimento da Criança (meses)		73,50 (72,98)	56,12 (59,81)

¹ – Diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Percebe-se com a Tabela 2 que a idade da criança mostrou-se significativamente diferente entre os grupos ($Z= 2,85$; $p< 0,005$). Esse resultado aponta que as crianças pré-termo apresentaram menor idade na época da coleta que as crianças a termo.

Na comparação das médias entre os anos de escolaridade da mãe e do pai nos dois grupos analisados, como demonstra a Tabela 2, as mães das crianças nascidas pré- termo apresentaram maior média de anos estudados e essa diferença foi estatisticamente significativa ($Z=2,20$; $p<0,05$). Na comparação das faixas de escolaridade, não houve diferença estatisticamente significativa nas mães. Os pais não apresentaram diferença estatisticamente significativa nem na comparação de médias como na comparação entre as faixas de escolaridade.

Com relação à escolaridade, além da média dos anos estudados, cabe a distribuição em faixas. Nas mães do grupo com crianças nascidas a termo encontrou-se sete (46,7%) com Ensino fundamental incompleto, uma com Ensino fundamental completo (6,7%), duas com Ensino médio

incompleto (13,3%), duas com Ensino médio completo (13,3%), duas com ensino superior incompleto (13,3%) e uma com Ensino superior completo (6,7%). Os pais desse mesmo grupo apresentaram um analfabeto (6,7%), quatro com Ensino fundamental incompleto (26,7%), dois com Ensino fundamental completo (13,3%), sete com Ensino médio completo (46,7%), um com Ensino superior completo (6,7%).

No grupo de crianças nascidas pré-termo as mães relataram que uma possuía Ensino fundamental incompleto (6,3%), três com Ensino fundamental completo (18,8%), duas com Ensino médio incompleto (12,5%), seis com Ensino médio completo (37,5%), duas com Ensino superior incompleto (12,5%), uma com Ensino superior completo (6,3%) e uma com Pós-graduação completa (6,3%). Os pais desse grupo apresentaram um analfabeto (6,3%), um com Ensino fundamental incompleto (6,3%), dois com fundamental completo (12,5%), seis com Ensino médio incompleto (37,5%), um com Ensino médio completo (6,3%), dois com Ensino superior incompleto (12,5%) e dois com Ensino superior completo (12,5%). Cabe ressaltar que uma das mães não sabia apontar a escolaridade do pai da criança.

Além das características informadas na Tabela 2, outras variáveis de cada grupo podem ser descritas. A composição familiar das famílias com crianças nascidas a termo foi de 73,3% nuclear, 20% de nuclear estendida e 6,7% de mononuclear estendida. Desse grupo a maioria (N=12) tinha residência própria e três famílias moravam em casa alugada.

No grupo de crianças nascidas pré-termo a maioria também foi de composição nuclear (75%), com 12,5% de mononuclear estendida, 6,3% de nuclear estendida e 6,3% de mononuclear. Ainda nesse grupo, 11 famílias tinham residência própria, quatro residiam em casa alugada e uma em casa de familiares.

Sobre a situação do casal, nove mães com criança nascida a termo estão no primeiro casamento, cinco estão no segundo relacionamento e uma já teve dois casamentos passados. Já os pais desse grupo, nove estão no primeiro casamento e seis no segundo relacionamento marital. No grupo das crianças nascidas pré-termo, 10 mães estão no primeiro e seis no segundo casamento e, entre os pais, nove estão no primeiro casamento, seis no segundo e um no terceiro relacionamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no número de casamentos anteriores dos pais e das mães.

Para verificar a oscilação do relacionamento dos pais foram questionadas as situações do casal no momento do nascimento da criança, o estado civil atual do casal e de cada um dos pais. No

nascimento da criança, os casais com as crianças nascidas a termo apresentaram 14 pais com União Estável ou Casado (93,3%) e um solteiro. A situação permaneceu a mesma quando questionada sobre a situação do casal atual e, com relação à situação atual de cada um dos pais, a mãe solteira permanece assim enquanto o pai está em União Estável com outra companheira.

No grupo com crianças nascidas pré-termo encontrou-se 12 (75%) pais casados ou em união estável no nascimento da criança e quatro solteiros. Na situação atual do casal, 13 (81,3%) mães relataram estar casadas ou em união estável e três solteiras. Com relação ao estado civil de cada um dos pais a distribuição permaneceu a mesma, sendo que os pais solteiros não tiveram envolvimento com outros parceiros. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nessa variável.

Com relação ao número de filhos, nas díades com crianças nascidas a termo cinco (33,3%) eram primíparas e as restantes tinham dois filhos ou mais. No outro grupo de análise, sete mães eram primíparas (43,8%) e as outras nove tinham dois filhos ou mais.

Em suma, as características sociodemográficas das famílias dos dois grupos foram bem similares, somente a idade das crianças e a escolaridade materna apresentaram diferença estatisticamente significativa. É importante notar que a população foco eram mães de baixa renda, haja vista que frequentam locais de tratamento de saúde público. Contudo, percebe-se que a renda é alta em ambos os grupos, apresentando uma característica regional.

Após essa explanação das características sociodemográficas, passa-se para a demonstração dos outros resultados encontrados. Inicia-se com a apresentação dos resultados do apoio social, seguido da Escala Bayley de Desenvolvimento infantil II e, por fim, os outros instrumentos que vislumbraram alguns fatores potenciais de risco e proteção.

5.2. Apoio Social

O apoio social pode ser dividido em partes, pois buscou-se resultados quantitativos e qualitativos. Foi questionado à mãe sobre o que significa apoio para ela, qual(is) a(s) principal (is) figuras de apoio, se os profissionais de saúde são fonte de apoio e se recebeu atendimento psicológico. Também foi investigada a Escala de aferição do apoio social, escala composta por 19 itens com três dimensões.

5.2.1. O Significado do apoio social

Nessa seção de análise, apresentar-se-á primeiramente o resultado das análises das falas em categoria. Foram encontradas, após detalhada leitura das falas, quatro categorias, sejam estas:

1. **Apoio como uma figura humana:** o apoio é compreendido com uma pessoa, fala relacionado a uma figura humana ou figuras humanas, mesmo que sem identificação ou sem nomeação;
2. **Apoio como uma estrutura física ou material:** o apoio é retratado como algo físico, estrutural ou material. Podem ser locais ou situações que estejam relacionados a algo inerte, sem vida;
3. **Apoio como um conceito:** o apoio é compreendido como um conceito, que pode ser um sentimento ou um significado e é dito de forma abstrata, como uma definição da palavra;
4. **Apoio como outros:** quando nenhuma das categorias anteriores expressa o conteúdo da fala.

Ao enviar as falas com as unidades de análise para os juízes (Anexo 7), estes já descritos no método, as unidades de análise já encontravam-se sublinhadas com um espaço para preenchimento. Os juízes encaminharam eletronicamente suas respostas que foram avaliadas pela pesquisadora. Quando ocorreu algum impasse (categorias com 50% de concordância), dirigia-se ao conteúdo teórico sobre o assunto ou mesmo o contexto da situação, sendo que a decisão final coube à pesquisadora. No total das falas sobre apoio foram encontrados dois impasses, ou seja, 2,74% do total.

Da média de unidades de análise por grupo, mães com crianças nascidas a termo apresentaram 2,53 (D.P.= 1,46) de unidades de análise. Já o outro grupo pesquisado apresentou média de 2,19 (D.P. 0,98) de unidades de análise. Desse modo, as mães das crianças nascidas a termo indicam mais conteúdo ou falas para análise, contudo essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Além da contabilização das unidades de análise, foram também investigadas as médias de vezes que as categorias foram suscitadas pelas participantes. Para a visualização desses dados, observa-se a Tabela 3.

Tabela 3

Média e desvio padrão das categorias suscitadas nas falas das participantes sobre apoio por grupo de estudo.

<i>Categorias</i>	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
	Média (D.P.)	Média (D.P.)
Apoio como figura humana	1,47 (0,99)	0,94 (1,12)
Apoio como estrutura física ou material	0,33 (1,05)	0,06 (0,25)
Apoio como conceito	0,40 (0,83)	1,00 (1,03)
Apoio como outros	0,33 (0,62)	0,19 (0,54)

Na Tabela 3 percebe-se que as mães das crianças nascidas a termo suscitam mais a categoria de apoio como figura humana em comparação com o outro grupo. As participantes com crianças nascidas pré-termo relatam mais o apoio como um conceito. Apesar dessas diferenças nas médias, não foi encontrada nenhum resultado estatisticamente significativo nas comparações de média.

Sobre o conteúdo das falas, foi possível perceber que ambos os grupos apontavam algumas figuras de apoio imediatamente, como ‘Sogra, marido’ (mãe da criança a termo 11), ‘Marido, bisavó, sobrinha’ (mãe da criança pré-termo 6). A figura do companheiro foi constantemente relatada por ambos os grupos. É importante citar que uma das participantes citou a sogra como apoio, mas no sentido da ausência dela: ‘Pessoas para ajudar, gostar. Minha sogra não sobe nem uma vez para me ajudar’ (mãe do a termo cinco). Percebe-se, dessa forma, que quando questionadas sobre o que é apoio, as participantes frequentemente relatavam as fontes de apoio, sejam elas ausentes ou presentes.

Com relação ao apoio como conceito, mais frequente nas mães de crianças pré-termo, as falas eram um pouco mais distanciadas de algo concreto como: ‘Incentivo, ajuda’ (mãe da criança pré-termo 1), ‘Ajuda, solidariedade, compreensão’ (mãe da criança pré-termo 16). Na categoria apoio como estrutura física ou material, em ambos os grupos de análise o aparecimento foi baixo. Essas falas refletiam o apoio como algum tipo de instituição ou ajuda material como ‘Eu penso no apoio[...] financeiro. Roupas, calçado, colégio[...]’ (mãe da criança a termo 8), ‘Apoio escolar [...]’ (mãe da criança pré-termo 2).

A classificação do apoio como outros foi quando nenhuma das categorias acima se encaixava ou mesmo a negação a falar sobre o assunto. Essa categoria também apareceu pouco entre os dois grupos e

pode ser exemplificada pelas falas como: *‘[...] que eu sempre tenho razão, que eu esteja certa’* (mãe do bebê a termo 2), *‘[...] não sinto necessidade de falar disso agora. Sou auto-suficiente’* (mãe do bebê pré-termo 2).

Essas categorias serão posteriormente correlacionadas com outras variáveis que explicam melhor a distribuição dos conteúdos nos dois grupos de análise. Continuando a análise do apoio social, passa-se a tratar das principais figuras de apoio no próximo tópico.

5.2.2. Principais figuras de apoio

Nessa fase da pesquisa serão apresentadas as principais figuras de apoio durante a gravidez da mãe, no momento do parto, na fase pós-parto e nos cuidados diários atuais. Durante a gravidez, as mães das crianças nascidas a termo informaram que o parceiro (N=8, 53,3%) foi a figura principal, seguida de três participantes que informaram sua mãe como principal (20%), e uma (6,7%) participante em cada uma das seguintes figuras: pai, sogra, irmã/irmão e outros parentes. As mães de crianças nascidas pré-termo indicaram também o parceiro como figura principal nessa fase (N=9; 56,3%), seguida de outros parentes (N=2; 12,5%) e uma participante (6,3%) nas figuras da irmão/irmã, vó, sogra e de outras pessoas, além de uma das participantes que afirmou ninguém ter dado apoio.

Durante o parto, as mães das crianças a termo afirmaram que o parceiro (50%) e a mãe (20%) são as principais figuras. As personagens do irmão/irmã, da sogra e de outras pessoas apareceram também na resposta, cada uma destas apontado por uma mãe (6,7%). Nas mães das crianças nascidas pré-termo, o parceiro também foi a principal figura durante o parto (68,8%), seguido de outros parentes (12,5%). As figuras do irmão/irmã e de outras pessoas foram citadas uma vez cada (6,3%), e uma mãe não identificou ninguém como fonte de apoio nesse momento.

No momento após o parto, novamente o parceiro aparece como principal figura para as mães das crianças nascidas a termo (46,7%). Em seguida, a mãe (33,3%) e a irmã/irmão aparecem (13,3%), seguido de uma mãe que indicou a sogra (6,7%). Nos pré-termo, a figura principal foi o parceiro (50%), seguido da mãe (12,5%) e uma (6,3%) para as seguintes figuras: pai, irmã/irmão, sogra, outros parentes, outras pessoas e ninguém. Na tabela 4 apresenta-se as figuras principais nos cuidados diários.

Tabela 4

Distribuição e frequência das figuras de apoio nos cuidados diários nos dois grupos de análise.

	<i>Tipo de nascimento</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
A termo	Parceiro	7	46,7
	Mãe	3	20,0
	Irmã/irmão	1	6,7
	Sogra	3	20,0
	Ninguém	1	6,7
Pré-termo	Parceiro	9	56,3
	Mãe	2	12,5
	Pai	2	12,5
	Irmã/irmão	1	6,3
	Outros parentes	1	6,3
	Sogra	1	6,3

Algumas diferenças foram encontradas entre os grupos, especialmente com relação à figura materna, que só aparece no grupo das crianças nascidas pré-termo no apoio pós-parto e dos cuidados diários. A afirmação que não percebeu o apoio de ninguém também apareceu mais no grupo das mães com crianças nascidas pré-termo, e cabe ressaltar que não foi a mesma participante que afirmou essa ausência nas duas situações. Apesar dessas pontuações, não houve diferença estatisticamente significativas nas figuras de apoio em nenhuma das situações.

Importante também citar nesse momento as similaridades entre os dois grupos analisados, principalmente com relação à figura do parceiro. Nos dois grupos analisados, o companheiro/parceiro é retratado como a principal figura em todas as situações questionadas, ou seja, é a pessoa mais percebida pelas mães nos momentos delicados durante a gravidez e puerpério, além do dia a dia. Outra figura importante é o profissional da saúde, que é debatido no próximo tópico.

5.2.3. Profissionais de saúde como fonte de apoio

No momento da gravidez e puerpério é muito comum o contato com os profissionais de saúde. Para verificar se as mães percebiam

algum tipo de apoio dessas figuras, foi questionado se ela identificava os profissionais de saúde como fonte de apoio. Do grupo com as crianças nascidas a termo, 11 mães (73,3%) responderam que sim, percebiam como fonte de apoio. Das mães com crianças nascidas pré-termo, todas responderam que identificavam os diversos profissionais de saúde como apoiadores.

Na comparação entre os dois grupos com qui-quadrado, houve diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,89$; $p < 0,05$; $C = 0,37$; $p < 0,05$). Essa análise indica que as mães de crianças nascidas pré-termo identificam significativamente mais do que as mães das crianças nascidas a termo os profissionais de saúde com fonte de apoio.

5.2.4. Apoio psicológico

Com relação ao apoio psicológico, foi questionado às mães se receberam atendimento psicológico antes da gravidez, durante a gravidez e depois da gravidez e por quanto tempo. Das mães com crianças nascidas a termo, uma recebeu atendimento antes da gravidez, duas receberam durante a gravidez e nenhuma após o parto. Das mães com crianças nascidas pré-termo, três receberam antes da gravidez, cinco durante a gravidez e sete após o parto.

Na comparação entre os dois grupos de análise, houve diferença estatisticamente significativa no atendimento psicológico após o parto ($\chi^2 = 9,13$; $p < 0,01$; $C = 0,48$; $p < 0,01$). Esse resultado indica que as mães com crianças nascidas pré-termo apontaram ter significativamente mais acesso ao atendimento psicológico após o parto que as mães de crianças nascidas a termo.

Com relação à média total de atendimento, as mães com crianças nascidas a termo apresentaram 2,49 meses em média de atendimento. Já o outro grupo analisado apresentou uma média de 6,05 meses de atendimento. Na comparação entre as médias, a diferença foi estatisticamente significativa ($Z = 2,70$; $p < 0,01$), indicando que as mães de crianças nascidas pré-termo também tiveram mais tempo de atendimento que o outro grupo analisado.

Para finalizar a análise do suporte social, foi também verificada uma escala de aferição do apoio. Os resultados dessa escala podem ser verificados na próxima seção.

5.2.5. Apoio social – Escala de aferição do apoio social

Para melhor visualizar as dimensões da escala de aferição do apoio social, este resultado será apresentado em forma de tabela de

modo a analisar os participantes em grupos separados. Os dados podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5

Média e desvio padrão das dimensões da escala de apoio social em cada um dos grupos.

<i>Dimensões da Escala</i>	<i>Participantes por grupo</i>	
	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
	<i>Média (D.P.)</i>	<i>Média (D.P.)</i>
<i>Material</i>	4,38 (0,93)	4,48 (0,64)
<i>Afetivo/Interação Positiva</i>	4,23 (0,73)	4,55 (0,56)
<i>Emocional/Informação</i>	4,28 (0,45)	4,10 (0,78)

A partir da análise da Tabela 5 é possível notar que as dimensões Apoio Material e Apoio afetivo/interação positiva possuem médias levemente maiores para o grupo com as crianças nascidas pré-termo. Já a dimensão Apoio emocional/informação apresenta-se um pouco mais elevado para as díades com crianças nascidas a termo. Essas médias, porém, não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Com a parte do apoio finalizada, inicia-se a apresentação da Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II no próximo tópico.

5.3. Escala de Desenvolvimento Infantil Bayley II

Inicialmente cabe apresentar as médias dos participantes em cada uma das áreas nos grupos investigados. Importante relembrar que a escala era composta de três subescalas: motora, mental e comportamental. A primeira aponta o desenvolvimento motor e a segunda o mental da criança na idade investigada. A escala comportamental verifica o comportamento da criança no dia da aplicação. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6

Médias e desvio padrão das dimensões da Escala Bayley II em nos grupos estudados.

<i>Escala Bayley II</i>	<i>Participantes por grupo</i>	
	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
	<i>Média (D.P.)</i>	<i>Média (D.P.)</i>
<i>Motora</i>	102,13 (9,84)	103,00 (9,60)
<i>Mental</i>	108,33 (5,88)	105,13 (6,82)
<i>Comportamental</i>	114,33 (15,78)	105,66 (20,30)

Ao visualizar a tabela 6, é possível perceber que a média da parte motora é um pouco mais alta para as díades dos bebês nascidos pré-termo e na parte mental um pouco mais elevada na para o grupo dos bebês nascidos a termo. Contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas.

5.4. Qualidade do relacionamento conjugal e familiar

Nessa seção dos resultados, se apresentarão os resultados da qualidade do relacionamento conjugal (QRC) e do relacionamento familiar (QRF). O primeiro é composto de três itens que verificam a relação do casal, discussões e satisfação com o relacionamento amoroso. O relacionamento familiar é a junção dos três itens do relacionamento conjugal mais três questões sobre a convivência familiar (relação e discussão com os filhos, ajuda do pai nos cuidados com a criança). A opção de separar esses itens veio com a importância que o parceiro isoladamente tem no apoio social, como visto nos resultados sobre as figuras de apoio. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7

Médias do QRC e do QRF nos grupos com crianças nascidas a termo e crianças nascidas pré-termo.

<i>Tipo de nascimento</i>	<i>A termo</i>		<i>Pré-termo</i>	
	N	Média (D.P.)	N	Média (D.P.)
QRC	14	1,90 (0,79)	14	1,57 (0,46)
QRF	14	2,18 (0,53)	14	2,15 (0,46)

Nos resultados é possível perceber que os grupos são compostos por 14 participantes. Nas díades com criança nascida a termo, uma das mães não tinha parceiro e não quis responder sobre a relação com o pai da criança. No grupo com crianças nascidas pré-termo, uma das mães não quis responder e a outra não tinha contato algum com o pai da criança. Dessa forma, não foi possível obter uma resposta nessas partes das participantes.

É possível visualizar na Tabela 7 que as médias da QRC e da QRF foram mais altas no grupo com as crianças nascidas a termo, indicando pior qualidade em ambos os sistemas. Essas médias foram comparadas nos dois grupos e os resultados indicam que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de análise nessas variáveis.

5.5. Gravidez, parto e rotina atual da criança

Para essa seção, serão apresentados os resultados sobre quatro períodos importantes: a gravidez, parto, o pós-parto e a rotina atual da criança. As variáveis numéricas podem ser visualizadas na Tabela 8.

Tabela 8

Variáveis numéricas da gravidez, parto e rotina atual da criança.

<i>Tipo de nascimento</i>	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
Variáveis	Média (D.P.)	Média (D.P.)
Tempo de Gestação ao descobrir Gravidez (meses)	2,13 (1,64)	2,88 (2,00)
Nº de Consultas Pré-natais*	6,86 (2,71)	4,69 (3,50)
Tempo de Gestação ao Nascer (dias)***	283,62 (8,68)	239,50 (17,09)
Peso da Criança***	3393,66 (383,41)	1965,31 (597,17)
Altura da Criança***	49,40 (1,55)	43,03 (4,10)
Apgar 1º minuto	8,27 (0,59)	7,53 (2,10)
Apgar 5º minuto	8,87 (0,52)	8,53 (1,19)
Tempo de internação após nascimento***	2,07 (1,28)	17,69 (23,04)
Tempo de Amamentação	5,53 (2,66)	4,88 (2,39)
Tempo que passa no cuidado de outras pessoas (horas)	1,00 (2,47)	1,44 (2,63)
Tempo que passa com a mãe (horas)	12,40 (4,44)	14,50 (4,34)

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Ao se observar a Tabela 8, é possível perceber algumas diferenças entre os dois grupos analisados. O primeiro, o número de consultas pré-natais, indica que as mães de crianças nascidas a termo tiveram mais consultas que as mães de crianças nascidas pré-termo ($Z=1,91$; $p < 0,05$). Essa diferença provavelmente está relacionada com a questão da prematuridade, pois as mães que os bebês nasceram mais tarde tiveram a oportunidade frequentar o obstetra mais vezes. Além disso, percebe-se também na Tabela 8 que as mães de crianças nascidas

com 40 semanas ou mais descobriram mais cedo a gravidez que as outras mães. Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa nesta variável, as mães que descobrem mais tarde a gravidez, iniciam o pré-natal mais tardiamente também.

As outras variáveis como tempo de gestação ao nascer ($Z=4,57$; $p<0,001$), peso da criança ($Z=4,47$; $p<0,001$), altura da criança ($Z=3,97$; $p<0,001$) e tempo de internação após o nascimento ($Z=4,73$; $p<0,001$) são diferenças já esperadas, haja vista que os bebês pré-termo nascem antes do tempo, são menores e exigem cuidados prolongados após o parto. As variáveis categóricas relacionadas à gravidez, ao parto e à rotina atual da criança são apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9

Variáveis categóricas sobre a criança dos dois grupos analisados.

Tipo de nascimento		A termo		Pré-termo	
<i>Variáveis</i>		N	%	N	%
<i>Planejou gravidez</i>	Sim	6	40%	4	25%
	Não	9	60%	12	75%
<i>Desejou gravidez</i>	Sim	12	80%	11	68,8%
	Não	3	20%	5	31,2%
<i>Tipo de parto</i>	Normal	7	46,7%	10	62,5%
	Cesárea	8	53,3%	6	37,5%
<i>Complicação no parto^{1*}</i>	Sim	6	40%	1	6,3%
	Não	9	60%	15	93,8%
<i>Complicação no pós-parto</i>	Sim	5	33,3%	6	37,5%
	Não	10	66,7%	10	62,5%
<i>Gravidez de risco^{2*}</i>	Sim	3	20%	9	56,3%
	Não	12	80%	7	43,8%
<i>Criança foi hospitalizada após saída da maternidade^{3*}</i>	Sim	0	0%	4	25%
	Não	15	100%	12	75%
<i>Amamentou a criança</i>	Sim	14	93,3%	14	87,5%
	Não	1	6,7%	2	12,5%
<i>Dificuldade em amamentar</i>	Sim	7	46,7%	7	43,7%
	Não	8	53,3%	9	56,3%

1-Diferença Estatisticamente significativa- χ^2 : 5,04; C= 0,37;

2- Diferença Estatisticamente significativa- χ^2 : 4,29; C= 0,35;

3- Diferença Estatisticamente significativa- χ^2 : 4,31; C= 0,35;

* $p<0,05$

Com relação ao planejamento e o desejo da gravidez, é possível visualizar a maior parte das mães dos dois grupos não planejou a

criança, porém desejou o bebê após descobrir a gravidez. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nessas variáveis.

Com relação à amamentação, a maioria das mães amamentou, porém muitas delas indicaram dificuldades em amamentar. Os resultados foram bem similares entre os dois grupos de análise, não sendo possível encontrar diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 9 observa-se que as mães das crianças nascidas a termo indicaram que tiveram mais complicações no parto que as mães das crianças nascidas pré-termo. Esse resultado, inicialmente, parece contraditório ao esperado, considerando que o nascimento do pré-termo normalmente envolve mais tensão durante o parto ou mesmo é iniciado por alguma complicação. Porém, ao verificar os diários de campo e a respostas das participantes, nota-se que as mães dos bebês nascidos a termo consideraram qualquer mal estar (como, por exemplo, tontura, falta de ar, entre outros) como uma complicação. Já as participantes das diades dos bebês nascidos pré-termo, não consideram complicação ter sangramentos ou até mesmo não estarem conscientes durante o parto.

Nas outras variáveis em que houve diferença estatisticamente significativa, os resultados indicam que as mães de crianças pré-termo tinham gravidez de risco, ou seja, parte sabia da possibilidade do nascimento prematuro, e os bebês que nasceram pré-termo tiveram mais internações após o parto. É importante ressaltar que essa internação não é a imediata após o parto e sim quando a criança re-interna após a saída da maternidade.

Como intuito de verificar os sentimentos maternos em dois momentos críticos, questionou-se às mães sobre seus sentimentos durante a gravidez e após o parto. Os resultados foram analisados da mesma forma que a pergunta sobre o apoio social, como descrito no método. Nesse caso foram encontradas três categorias para essas falas:

1. **Experiência positiva:** a gravidez/parto é retratada de forma positiva, como algo bom, relacionado a sensações, sentimentos e opiniões positivas;
2. **Experiência negativa:** a gravidez/parto é relatada com palavras de cunho negativo, com algo que gerava dor ou desconforto, relacionado a sensações, sentimentos e opiniões negativas;
3. **Outros:** quando nenhuma das categorias anteriores expressa o conteúdo da fala.

Os juízes nessa situação foram os mesmos na categorização sobre o apoio e também ocorreram alguns impasses, estes decididos pela pesquisadora. No total, foram cinco impasses nos sentimentos na gravidez (4,63%) e três nos sentimentos no parto (7,89%). Para verificar como essas categorias se apresentaram nas participantes, a Tabela 10 apresentará as médias e desvios padrões por categoria em cada grupo.

Tabela 10.

Média e desvio padrão das categorias suscitadas nas falas das participantes sobre sentimentos na gravidez e no parto por grupo de estudo.

<i>Categorias</i>		<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
		Média (D.P.)	Média (D.P.)
Sentimentos na Gravidez	Exp. Positiva	1,33(1,50)	1,13 (1,15)
	Exp. Negativa	1,93 (1,67)	1,75 (1,39)
	Outros	0,53 (1,06)	0,31 (0,79)
Sentimentos no pós-parto	Exp. Positiva	1,50 (1,28)	1,00 (1,00)
	Exp. Negativa	1,43 (1,45)	1,73 (1,39)
	Outros	0,00 (0,00)	0,20 (0,56)

Percebe-se ao analisar a Tabela 10 que os sentimentos negativos na gravidez são maiores que os positivos em ambos os grupos e mais presente ainda nas díades com crianças nascidas a termo. Já no pós-parto a situação se inverte para as mães das crianças nascidas a termo, que relatam mais sentimentos positivos, enquanto as mães de bebês nascidos pré-termo relatam mais sentimentos negativos nesse momento. Apesar da diferença encontrada nas médias, nenhuma comparação entre os grupos teve diferença estatisticamente significativa.

As falas que relataram experiências positivas refletiam sentimentos maternos como *'Felicidade, carinho'* (mãe criança pré-termo seis), *'Tranquila, sem nenhum estresse [...]'* (mãe criança a termo um), *'alívio, nasceu agora está tudo bem[...]'* (mãe criança a termo oito). Ocorreram falas positivas no pós-parto também das mães das crianças pré-termo, normalmente envolviam um momento de alívio após o desespero inicial como *'[...], quando vi que estava tudo bem, fiquei mais calma'* (mãe da criança pré-termo 16), *'[...], comecei a curtir quando dei o primeiro mamar'* (mãe da criança pré-termo quatro). Os sentimentos positivos na gravidez são muito similares entre os dois grupos, pois para grande parte das participantes a prematuridade não era cogitada. As falas como experiência negativa na gravidez eram muito

relacionadas aos sintomas físicos e comuns da gestação como: *‘Os primeiros quatro meses muito enjoo [...]’* (mãe da criança pré-termo 12), *‘Bastante choro, sensibilidade [...]’* (mãe do pré-termo 14), *‘[...], chorona, nervosa. [...], ficava mais sensível[...]*’ (mãe da criança a termo seis).

As falas que refletiam uma experiência negativa no pós-parto envolviam muitos aspectos da prematuridade para as mães dos bebês pré-termo como *‘Difícil, achei que ia perdê-lo, chorava, preocupada [...]’* (mãe da criança pré-termo três), *‘Não queria ouvir nada. Preocupação. Desespero ao ver a sonda.’* (mãe da criança pré-termo 15), *‘Estressada no primeiro mês, inconformada com o nascimento prematuro e internação do filho’* (mãe da criança pré-termo 14). Ao se analisar as falas, percebe-se que o momento da internação e os procedimentos seguintes ao parto foram muito frustrantes para essas mães, pois grande parte não esperava o parto prematuro e não sabia como proceder diante da internação e fragilidade da criança. Diante do desespero de não ver a criança ou vê-la em uma situação extrema, como com sonda ou muito magra, as mães se assustavam, pois imaginavam seus bebês diferentes durante a gestação.

As mães das crianças nascidas a termo também referiam o pós-parto como um experiência negativa, porém os conteúdos se diferenciam um pouco, mais ligados a rejeição da criança, medo de criar ou relacionamento com o parceiro: *‘Rejeição. Não era minha, não aceitava’* (mãe da criança a termo 14), *‘Medo de não ser capaz de educar, deixar passar necessidade [...]’* (mãe criança a termo 15), *‘[...], mas quando cheguei em casa tive complicações, pois o marido é muito estressado e acaba não conseguindo deixar o trabalho em casa’* (mãe da criança a termo 13).

A última categoria, outras, apareceu nas falas das mães nos sentimentos da gravidez explicando algo sobre o que sentia, contudo sem o juízo de valor, como: *‘[...] não esperava essa gravidez’* (mãe da criança pré-termo 14), *‘[...] nunca tive filho’* (mãe da criança a termo cinco). No pós-parto, somente duas falas se encaixaram nessa categoria, selam elas: *‘Não lembro’* (mãe da criança pré-termo nove) e *‘[...] Ai logo me mandaram para o Canguru, aí eu ficava deitada’* (mãe da criança pré-termo um). Não ocorreu uma homogeneidade das falas nesse caso, sendo que indicaram outros tipo de experiência ou mesmo uma recusa a falar sobre o assunto.

A partir da análise das falas descritas, conclui-se que os sentimentos na gravidez eram similares nos dois grupos, enquanto no pós-parto os grupos se diferenciam mais, com a experiência da prematuridade muito presente nas díades com criança pré-termo. Para finalizar os instrumentos, passa-se a analisar a escala de risco psicossocial de Rutter. Estes resultados são apresentados no próximo tópico.

5.6. Escala de Risco Psicossocial de Rutter

A Escala de Risco Psicossocial de Rutter tem três níveis possíveis: baixo (nenhum dos itens assinalados), moderado (um ou dois itens assinalados) e severo (três ou mais itens assinalados). Os resultados nos dois grupos estudados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11

Frequência dos níveis da Escala Psicossocial de Rutter nos grupos com crianças nascidas a termo e pré-termo.

<i>Níveis de Risco</i>	<i>Tipo de nascimento</i>	
	<i>A termo</i>	<i>Pré-termo</i>
Baixo	N= 3 (20%)	N=8 (50%)
Moderado	N=8 (53,3%)	N=5 (31,3%)
Severo	N=4 (26,7%)	N=3 (18,8%)

Ao analisarmos a Tabela 11, é possível perceber que nas díades de crianças nascidas a termo a concentração foi maior no nível moderado. Já no outro grupo, a concentração foi no nível baixo. Apesar dessa diferença na distribuição, na comparação entre os grupos no qui-quadrado, não houve diferença estatisticamente significativa.

5.7. Correlações, associações e comparações

Nesse momento dos resultados, apresentar-se-á as diversas correlações entre os instrumentos. Essa seção foi subdividida para facilitar a compreensão dos dados. Inicia-se pelas correlações com o instrumento de apoio social.

5.6.1 O apoio social

Tabela 12

Correlações entre as categorias das falas de apoio e o total de unidades de análise sobre apoio com diversas variáveis nos dois grupos de análise.

<i>Tipo de nascimento</i>	<i>Categorias</i>	<i>Variável correlacionada</i>	<i>r de Spearman</i>
A termo	Apoio como figura humana	Tempo que descobriu gravidez	-0,54*
	Apoio como conceito	Tempo de união do casal	-0,55*
	Apoio como outros	Idade da criança	-0,58*
		Tempo de internação da criança	0,60*
	Total de unidades de análise de apoio	Escore Mental Bayley	-0,62*
		Apoio afetivo/interação positiva	-0,76*
Pré-termo		Apoio emocional e de informação	-0,77**
		Idade da mãe	-0,54*
	Apoio como figura humana	Idade do pai	-0,56*
		Apoio como conceito	-0,80**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A tabela 12 apresenta as correlações das categorias com outras variáveis e indica que, nas mães com crianças nascidas a termo, quanto mais elas apontam a categoria apoio como figura humana, mais cedo elas descobriram a gravidez. O apoio como conceito neste mesmo grupo apresentou uma correlação negativa com o tempo de união do casal, indicando que quanto mais a mãe relatou essa categoria, menos tempo ela tinha de união com o companheiro no nascimento da criança.

A categoria apoio como outros apresentou correlação com a idade da criança, indicando que quanto mais as mães apontavam esta

categoria, menor a idade da criança no dia da aplicação. Por fim, realizou-se a correlação com o total de vezes que todas as categorias foram ditas pelas participantes e, no grupo com crianças a termo, essa análise indicou que quanto mais as mães apontavam categorias, menos tempo as crianças ficaram internadas, menor o Escore Mental na Escala Bayley II, menor o apoio afetivo/interação positiva e menor o apoio emocional e de informação.

No grupo de mães com crianças nascidas pré-termo foram encontradas correlações somente com a categoria Apoio como figura humana. Os resultados indicaram que quanto mais novos o pai e a mãe eram, mais o apoio como figura humana foi citado. Outra correlação encontrada indica que quanto mais as mães citavam a categoria Apoio como conceito, menos elas relatavam o apoio como figura humana.

Na correlação da escala de apoio social com as diversas variáveis sociodemográficas, da gravidez e parto da criança em que foi possível verificar algumas associações. Para melhor compreensão, esses dados foram apresentados na Tabela 13.

Tabela 13

Correlações entre as dimensões do apoio social com os dados sociodemográficos e da relação com a criança nas díades com crianças nascidas a termo e pré-termo.

<i>Tipo de nascimento</i>	<i>Dimensão da Escala de Apoio</i>	<i>Variável correlacionada</i>	<i>r de Spearman</i>
A termo	Apoio material	Idade do pai	-0,53*
		Peso da criança ao nascer em gramas	0,61*
	Apoio afetivo/interação positiva	Tempo da internação da criança em dias	-0,64*
Pré-termo	Apoio afetivo/interação positiva	Tempo da internação da criança em dias	-0,76**
		Tempo de amamentação	0,56*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A partir dessas correlações é possível perceber que, no caso das mães com crianças nascidas a termo, quanto mais a mãe percebeu o apoio material, mais jovem era o pai da criança e com mais peso a criança nasceu. Outra associação foi entre o apoio afetivo/interação

positiva e o tempo da internação da criança após o nascimento, indicando que quanto mais apoio afetivo a mãe percebia, menos tempo a criança permaneceu internada.

No caso das díades com crianças nascidas pré-termo, ambas as correlações foram com o apoio afetivo/interação positiva, indicando que quanto maior a percepção dessa dimensão, menos tempo a criança ficou internada e mais a mãe amamentou.

Quando comparamos as médias das dimensões de apoio nas variáveis categoriais, encontramos algumas diferenças estatisticamente significativas. No grupo de mães com crianças nascidas a termo, o apoio material apresentou diferença nas mães que desejaram ou não a criança. Nas mães que não desejaram a gravidez, a média foi de 4,23 (D.P.=0,99) e nas mães que afirmaram ter desejado a criança, a média foi de 5,00 (D.P.=0,00). A diferença nessa comparação foi estatisticamente significativa ($Z=2,02$; $p>0,05$).

Outra dimensão do apoio que as comparações de médias tiveram diferença nesse grupo, foi na 'apoio afetivo/interação positiva'. Nesse caso, a comparação foi feita entre mães que afirmaram ter complicação no parto. As mães que afirmaram não ter tido nenhuma complicação, a média nessa dimensão foi de 4,54 (D.P.= 1,15) e as que responderam ter tido complicação no parto, a média foi de 3,76 (D.P.= 0,72). Essa comparação foi estatisticamente significativa ($Z=2,14$; $p<0,05$).

No grupo das crianças nascidas pré-termo, a única diferença encontrada foi no apoio material na questão da gravidez de risco ($Z=2,39$; $p<0,05$). A comparação aponta que as mães que não tinham uma gravidez de risco tinham maior média no apoio material ($M=4,85$; D.P.= 0,38) do que as mães que apontaram que a gravidez era de risco ($M= 4,19$; D.P.= 0,67).

Nas correlações com a QRC e QRF, as díades de mães com crianças nascidas a termo a correlação negativa ocorreu entre a dimensão do apoio emocional e de informação com o QRF ($r= -0,61$; $p<0,05$), de força alta, indicando que quanto maior a média do apoio emocional, maior a Qualidade do Relacionamento Familiar. Nas famílias com criança nascida pré-termo, a correlação negativa, também de força alta, foi entre a Qualidade do Relacionamento Conjugal e o apoio afetivo/interação positiva ($r= -0,71$; $p<0,01$), indicando que quanto mais a mãe percebe essa dimensão do apoio, melhor ela relata sua relação conjugal.

Com relação à Escala de Risco Psicossocial de Rutter, foram analisadas as dimensões da escala de apoio com os níveis de risco por meio da análise de Kruskal-Wallis, ou seja, a Anova não paramétrica. Os resultados indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa das dimensões nos três níveis em nenhum dos dois grupos estudados.

Por fim, na correlação entre a Escala de apoio social e a escala de desenvolvimento infantil Bayley II, uma das relações foco do estudo, os resultados apontaram que houve uma associação somente nas díades com crianças nascidas pré-termo. Mais especificadamente, a correlação positiva ocorreu fortemente entre o apoio emocional e de informação percebido pela mãe e a Escala Mental do Bayley, indicando que quanto mais a mãe percebeu o apoio emocional, maior foi o escore da criança na Escala mental ($r=0,62$; $p<0,05$).

Após a análise das correlações entre o apoio social, apresenta-se as relações que ocorreram com a Escala Bayley de desenvolvimento infantil II. Essas associações podem ser visualizadas no próximo tópico.

5.6.2. *A Escala de desenvolvimento infantil Bayley II*

Nas correlações dos dados sociodemográficos e com algumas variáveis numéricas da gravidez, parto e rotina atual da criança, pode-se perceber associação nas crianças nascidas a termo entre a escala motora e o tempo de amamentação ($r=0,59$; $p<0,05$), indicando que quanto mais as mães amamentaram, mais alto o escore das crianças na escala motora. Na escala comportamental, a correlação negativa foi com o tempo de aplicação da escala ($r=-0,64$; $p<0,05$) e com o número de pessoas na casa ($r=-0,75$; $p<0,01$). Dessa forma, quanto maior o tempo de aplicação e o número de pessoas residindo com a criança, pior ela reagiu durante a aplicação da escala. Com a escala mental não foi encontrada nenhuma correlação.

No grupo de análise com crianças nascidas pré-termo, as correlações foram encontradas somente com a escala comportamental. Os resultados apontam que quanto maior a idade da criança ($r=0,58$; $p<0,05$) e mais tempo a mãe amamentou a criança ($r=0,64$; $p<0,01$), melhor a criança reagiu durante a aplicação da escala. Com as outras escalas não houve nenhuma correlação estatisticamente significativa.

Nas comparações de médias dos escores das subescalas com as variáveis categóricas, encontrou-se diferenças nas crianças nascidas a termo no escore mental, mais especificadamente na comparação entre as mães desse grupo que apontaram ou não ter tido algum doença na gravidez. A média da escala mental nas mães que apontaram ter tido

algum doença durante a gravidez foi 104,43 (D.P.= 6,19), e das mães que relataram não terem apresentado nenhuma moléstia foi de 111,75 (D.P.=2,77). Dessa forma, a média foi menor em crianças que as mães tiveram alguma doença na gravidez ($Z= 2,33$; $p<0,05$).

Nas díades com crianças nascidas pré-termo, a diferença também ocorreu nas médias da escala mental do Bayley. Porém, a comparação foi estatisticamente significativa ($Z= 2,51$; $p< 0,05$) entre as mães que relataram que a gravidez era de risco ($M= 100,43$; D.P.=6,02) ou não ($M=108,78$; D.P.= 5,07), indicando que quando a gravidez era de risco, menor foi a pontuação da criança na escala mental.

Com relação ao QRC e QRF, não foi encontrada nenhuma correlação. Na escala de risco psicossocial de Rutter, também não houve diferença estatisticamente significativa. Para continuar a apresentação das interações entre os dados coletados, passa-se para a visualização dos resultados do QRC e QRF no próximo tópico.

5.6.3. A qualidade do relacionamento conjugal e familiar

Para apresentar os dados correlacionados com o QRC e o QRF, inicia-se com a explanação das relações com os dados sociodemográficos e os dados da gravidez, parto e rotina da criança. Foram encontradas duas correlações no grupo com crianças nascidas a termo. O primeiro foi entre a QRF e a renda familiar mensal, indicando que quanto maior a renda, melhor a qualidade do relacionamento familiar ($r=0,55$; $p<0,05$). O outro resultado encontrado foi que quanto maior o número de casamentos anteriores do pai, melhor o relacionamento conjugal atual ($r= -0,56$; $p<0,05$). Ambas as correlações foram negativas e moderadas.

No grupo com crianças nascidas pré-termo, foi encontrada uma correlação positiva e moderada entre o tempo de internação da criança em dias e o QRC ($r=0,55$; $p<0,05$) e QRF ($r=0,54$; $p<0,05$). Esse resultado indica que quanto mais tempo a criança ficou internada logo após o parto, pior a mãe percebe seu relacionamento conjugal e familiar.

Nas comparações das médias da QRC e da QRF nas variáveis categóricas, foi possível perceber que, nas famílias com crianças nascidas a termo, há uma diferença estatisticamente significativa entre as mães que apontaram ou não complicações no pós-parto na QRC. A média das mães que apontaram alguma complicação no pós-parto foi de 2,40 (D.P.=0,64) e das que não indicaram nenhuma complicação nessa fase foi de 1,63 (D.P.=0,75). Desse modo, as mães que tiveram

complicação no pós-parto percebem seu relacionamento conjugal pior do que aquelas que não apontaram complicação nenhuma, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($Z=2,03$; $p<0,05$).

Com relação às crianças nascidas pré-termo, a diferença foi também na QRC, porém referente ao sexo da criança. O resultado indica que mães de meninos apontam médias mais altas na QRC ($M=1,83$; D.P.=0,28) que as mães de meninas ($M= 1,38$; $p<0,05$). Desse modo, as mães de meninas nascidas pré-termo apontam melhor qualidade do relacionamento conjugal que as mães dos meninos ($Z= 1,93$; $p<0,05$).

As correlações realizadas entre a Escala de risco psicossocial de Rutter e a QRC e QRF não foram estatisticamente significativas. Apresentam-se, no próximo tópico, as correlações de algumas variáveis da gravidez, parto e rotina atual da criança.

5.6.4. Gravidez, parto, puerpério e rotina atual da criança

Com relação aos dados da gravidez, parto e rotina atual da criança, grande parte das correlações já foi apresentada com os outros instrumentos. Resta demonstrar as relações com as variáveis sociodemográficas e a correlação do número de categorias das falas das participantes com outras variáveis.

Referindo-se às comparações entre os dados dessa seção e os sociodemográficos, algumas questões categoriais apresentaram diferenças estatisticamente significativas. No grupo com crianças a termo, as mães que planejaram seu filho tinham menos pessoas morando na casa ($M=3,67$) do que as que não planejaram ($M= 5,33$; $Z= 2,00$, $p\leq 0,05$). Além disso, a escolaridade era menor nas mães que planejaram o filho ($M= 7,17$) do que nas que não o fizeram ($M= 9,44$; $Z= 1,97$, $p\leq 0,05$). Na variável desejar a gravidez, a diferença ocorreu no número de consultas pré-natais (sim: $M=7,73$, não: $M=3,67$; $Z= 2,16$, $p<0,05$), no peso (sim: $M= 3,248$, não: $M=3,975$; $Z= 2,45$, $p<0,01$) e na altura (sim: $M=48,96$, não: $M=51,17$; $Z= 2,49$, $p<0,01$) da criança ao nascer. Desse modo, as mães que desejaram o bebê realizaram mais consultas pré-natais e tiveram bebês com menos peso e menor tamanho.

As mães das crianças nascidas a termo que tiveram parto normal relataram menos sentimentos negativos durante a gravidez ($M= 0,86$) do que as que tiveram de parto cesáreo ($M= 2,88$). Essa diferença também foi estatisticamente significativa ($Z= 2,30$, $p<0,05$).

As complicações no parto também apresentaram algumas variáveis com diferença estatisticamente significativa. As mães de a termo que disseram ter tido complicações no parto tinham mais idade (sim: $M=33,67$, não: $M=28,16$; $Z= 1,95$, $p<0,05$), menor tempo de

gestação (sim: $M=277,20$, não: $M=287,63$; $Z= 2,15$, $p<0,05$) e menor tempo de amamentação (sim: $M=3,92$, não: $M=6,61$; $Z= 1,98$, $p<0,05$). A gravidez de risco também apresentou diferença, esta na idade do pai. As mães que apontaram sua gravidez ser de risco tinham os pais mais jovens ($M= 26,33$) do que aquelas que disseram que a gravidez não era de risco ($M= 36,17$; $Z= 2,11$, $p<0,05$).

Nas díades com criança nascida pré-termo, foram encontradas diferenças com relação ao planejamento e desejo da gravidez. A renda das que planejaram a gravidez ($M= 743,33$) era menor que as das que não planejaram ($M= 2,400$; $Z= 2,55$, $p<0,01$). Além disso, o número de consultas pré-natais foi maior nas mães que planejaram ($M=7,75$) do que as que não o fizeram ($M= 3,67$; $Z= 2,14$, $p<0,05$).

Nas variáveis complicação no pós-parto e gravidez de risco, algumas diferenças estatisticamente significativas foram encontradas. Primeiramente no risco pós-parto, as mães que apontaram ter tido alguma complicação tiveram bebês maiores ($M= 45,50$) do que as que relataram não ter tido nenhum tipo de problema ($M= 41,31$; $Z= 2,19$, $p< 0,05$). Além disso, mães que anunciaram algum problema, também relataram mais sentimentos negativos na gravidez ($M= 1,50$) do que as que não apontaram nenhum problema ($M= 0,70$; $Z= 2,87$, $p<0,01$). Na variável gravidez de risco, as participantes que disseram que sua gestação era de risco tinham menor renda familiar (sim: $M= 1566,25$, não: $M= 2740,00$; $Z= 2,06$, $p<0,05$) e menor Apgar (sim: $M= 6,50$, não: $M= 8,71$; $Z= 2,21$, $p<0,05$) da criança no primeiro minuto que as sem risco.

Nos sentimentos durante a gravidez, a categoria experiência positiva não apresentou nenhuma correlação estatisticamente significativa no grupo de mães com crianças nascidas a termo. Já no grupo com crianças nascidas pré-termo, quanto mais as mães referiram a experiência como positiva, maior o número de consultas pré-natais ($r= 0,67$; $p<0,01$) e menor o tempo de gestação quando da descoberta da gravidez ($r= -0,69$; $p<0,01$).

Já a categoria experiência negativa durante a gravidez apresentou, no grupo de mães com crianças nascidas a termo, correlação positiva com o número de cômodos na casa ($r= 0,58$; $p<0,05$) e com o número de casamentos anteriores da mãe ($r= 0,55$; $p<0,05$). Dessa forma, esse resultado indica que quanto mais a mãe referiu à experiência como negativa, mais cômodos ela tem na casa e mais casamentos anteriores ela já teve. No grupo de mães com crianças nascidas pré-termo, duas

correlações foram encontradas com a experiência negativa, uma com o tempo de união do casal ($r=-0,58$; $p<0,05$) e uma com o tempo de gestação da criança ao nascer ($r= 0,55$; $p<0,05$). Com a primeira a correlação foi negativa, indicando que quanto mais tempo o casal tinha de união no nascimento da criança, menos a mãe relatou a gravidez como negativa. Com a segunda indica que quanto maior o tempo de gestação no nascimento, mais a mãe relatou experiências negativas na gravidez.

Com a categoria dos sentimentos na gravidez como outros, as correlações ocorreram somente no grupo com crianças nascidas pré-termo. Os resultados indicam que quanto mais as mães desse grupo referiram à categoria outras, menos consultas pré-natais elas fizeram ($r=-0,52$; $p<0,05$), maior o tempo de gestação quando descobriu a gravidez ($r= 0,64$; $p<0,01$) e maior o número de cômodos na casa ($r= 0,66$; $p<0,01$).

5.6.5. *A Escala de risco psicossocial de Rutter*

As associações entre a Escala psicossocial de Rutter e os outros instrumentos já foram apresentadas anteriormente. Contudo, ainda restam as correlações com os dados sociodemográficos e da gravidez, parto e rotina atual da criança.

No grupo com crianças nascidas a termo não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa. Já na análise das díades com crianças nascidas pré-termo, diversas comparações de médias, por meio do teste de Kruskal-Wallis foram significativas. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 14.

Tabela 14

Médias das diversas variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis da Escala de Risco Psicossocial de Rutter no grupo das crianças nascidas pré-termo.

<i>Classificação risco psicossocial</i>		<i>N</i>	<i>Média (D.P.)</i>
Baixo	N. de casamento mãe	8	0,38 (0,52)
	N. de casamentos pai	8	0,50(0,54)
	Escolaridade pai em anos	8	12,13(2,70)
	Escolaridade mãe em anos	8	12,88 (4,67)
	Altura da criança ao nascer	7	43,71 (2,31)
Moderado	N. de casamento mãe	5	0,00(0,00)
	N. de casamentos pai	5	0,00(0,00)
	Escolaridade pai em anos	4	10,25 (1,50)
	Escolaridade mãe em anos	5	11,20 (1,10)
	Altura da criança ao nascer	5	39,70 (3,73)
Severo	N. de casamento mãe	3	1,00 (0,00)
	N. de casamentos pai	3	1,33 (0,58)
	Escolaridade pai em anos	3	5,67 (5,13)
	Escolaridade mãe em anos	3	7,67 (0,58)
	Altura da criança ao nascer	3	47,00 (4,58)

Os resultados das comparações do Rutter indicam que há diferença na distribuição do número de casamentos da mãe ($\chi^2 = 7,50$; $p < 0,05$) e do pai ($\chi^2 = 8,11$; $p < 0,05$) nos diferentes níveis do risco psicossocial, com especial atenção para a maior média encontrada no risco severo. Com relação à escolaridade paterna ($\chi^2 = 7,12$; $p < 0,05$) e materna ($\chi^2 = 6,58$; $p < 0,05$), percebe-se também que quanto maior o risco psicossocial, menor a escolaridade dos pais. Por fim, a altura da criança ao nascer também se mostrou diferente nos diversos níveis ($\chi^2 = 6,68$; $p < 0,05$), com menor tamanho as crianças de famílias do risco moderado.

Para verificar mais especificadamente onde se encontravam as diferenças apresentadas na Tabela 14, realizou-se a comparação par a par com o teste Mann-Whitney de cada uma das variáveis nas três possíveis categorias do Rutter: baixo, moderado e severo. Com relação ao número de casamento da mãe ($Z = 2,64$) e do pai ($Z = 2,58$), a diferença ocorreu entre os grupos moderado e severo ($p < 0,05$), o que

indica que os pais do grupo severo possuíam mais casamentos anteriores que os pais do grupo moderado.

Na variável Escolaridade materna, a diferença encontrada foi entre dois grupos, entre o baixo e o moderado ($Z=2,27$; $p<0,05$) e entre o moderado e o severo ($Z=2,30$; $p<0,05$), apontando que quanto maior a média de escolaridade, menor a faixa de risco da família. Na Escolaridade paterna a diferença encontrada foi entre as faixas baixo e severo ($Z=2,27$; $p<0,05$), indicando uma maior escolaridade na faixa de menor risco.

Por fim, na variável altura da criança a diferença foi encontrada entre as faixas baixa e moderada ($Z=2,04$; $p<0,05$). Desse modo, esse resultado indica que a média de altura das crianças foi maior nas famílias com menor risco psicossocial.

Nas associações com as variáveis categóricas, por meio do qui-quadrado, houve apenas uma associação estatisticamente significativa e esta foi o grupo das crianças nascidas pré-termo. A análise demonstrou que das 16 mães, cinco das de baixo risco não apresentaram problemas no pós-parto e três das de baixo risco apresentaram problemas. Nas de risco moderado, todas as cinco mães não apresentaram problemas e nas de risco severo, todas as três apresentaram problemas no pós-parto. Dessa forma, interpreta-se que a diferença estatisticamente significativa entre os níveis de risco e as complicações no pós-parto ($\chi^2=8,00$; $p<0,05$; $C=0,71$; $p<0,05$) apontam para uma maior concentração de complicações pós-parto nas mães com alto risco psicossocial.

Após a apresentação dos resultados, passa-se para a discussão dos dados analisados. O próximo tópico, a discussão, também será dividido em tópicos para facilitar a leitura.

6. DISCUSSÃO

Nesta seção serão explicitados os resultados de modo a relacioná-los com o que é encontrado na literatura. Para isso, diversos subtítulos foram criados para facilitar essa compreensão. Primeiramente, as participantes foram definidas e seus dados sociodemográficos comparados com os dados encontrados nacionalmente, além de verificar o porquê de algumas diferenças entre grupos de análise. No segundo momento, o apoio social e o desenvolvimento infantil serão discutidos e a pergunta de pesquisa respondida. Após essa relação principal ser evidenciada, outros fatores protetivos e de risco que contribuíram com a pesquisa serão apresentados e correlacionados com os fatores principais. Em seguida explica-se a parte ética da pesquisa e, para finalizar, verificam-se as pontuações da racional da pesquisa que foram encontradas no estudo.

6.1. Análise das características das participantes

Um dos primeiros pontos a se ressaltar quando se analisa a amostra é que ambos os grupos são similares em grande parte das variáveis sociodemográficas, sendo que as diferenças encontradas entre os dois foram com relação à idade da criança e a escolaridade materna. A primeira diferença pode ser explicada pelo modo de contato em cada um dos ambulatórios. Como no ambulatório A somente era disponibilizado um dia por semana e caso a participante não viesse no primeiro dia marcado só era possível remarcar na próxima semana. No ambulatório B os dias de uso eram mais flexíveis, podendo remarcar, em caso de ausência, inclusive o dia seguinte. Além disso, os contatos do ambulatório B foram disponibilizados via sistema informatizado do hospital, o que favoreceu a entrada desses participantes desde o primeiro dia em que se encaixavam na idade desejada. Já no ambulatório das crianças a termo a contabilização era feita por um funcionário que buscava qualquer criança na idade, seja no começo da época desejada, seja nos últimos dias possíveis.

Apesar das crianças nascidas pré-termo serem mais novas, os resultados não foram influenciados por essa variável, considerando que a avaliação da Bayley II é muito parecida nas idades selecionadas e essa era avaliada por um índice. Assim, em ambos os grupos as mães tiveram contato com a criança fora do útero por períodos parecidos.

A escolaridade das mães com crianças nascidas pré-termo foi superior em anos do que as mães dos nascidos a termo. Interpreta-se que essa diferença possa ser decorrente do ambulatório B pertencer a um hospital-escola, o que é referência no estado em nascimento de crianças prematuras. Dessa forma, a procura por esse local tem uma população mais variada, com diversas classes sociais, demonstrada pela renda mais elevada e, conseqüentemente, maior escolaridade. Contudo, a população foco foi de baixa renda e a escolaridade por faixas não teve diferença estatisticamente significativa.

Outro ponto a ressaltar é a renda alta encontrada, apesar de a população foco ser a de baixa renda. Como informa o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011a), Florianópolis é a Capital com maior renda *per capita* do Brasil, com média aproximada de R\$ 1.573,00. Esses números estão aproximados das médias encontradas na pesquisa, caracterizando mais uma questão regional comum no Brasil, onde a renda familiar fica próxima do salário mínimo e nos locais rurais é ainda menor. Desse modo, para os níveis locais, as participantes têm renda acima da média.

Com relação ao número de filhos, a amostra apresentou média acima de dois filhos para cada um dos grupos. Essa pode ser considerada uma média alta quando comparamos com a média encontrada pelo IBGE (2011b), que foi em torno de 1,7 filhos na Região Sul do Brasil. Esse maior número de filhos pode estar vinculado à população foco, que era de baixa renda e normalmente relacionada a um número maior de filhos.

Com relação ao tipo de famílias, a concentração foi em nuclear e grande parte com união estável. Optou-se por juntar as opções casados e união estável por esta comunhão dos casais serem reconhecidas de forma muito similar tanto legalmente como na sociedade. O IBGE (2011b) aponta um aumento de 28,6% em 2000 para 36,4% em 2010 nas uniões estáveis. Apesar do aumento das famílias monoparentais ser também relatada pelo IBGE (2011b), poucas foram as famílias que o pai e mãe da criança não estavam juntos no momento da pesquisa.

A intenção era de buscar dois grupos de análise similares para que essas diferenças não interferissem nas análises posteriores. Apesar das similaridades dos dois grupos, os dados sociodemográficos se comportaram diferentemente nas relações com os outros instrumentos nos dois grupos de análise. Indicando, inclusive, melhores índices de proteção para as famílias com crianças nascidas pré-termo. Porém essa discussão fica para os tópicos seguintes.

6.2. O apoio social e sua relação com o desenvolvimento infantil

Os dois fenômenos foco do estudo, o apoio social materno e o desenvolvimento infantil, não apontaram nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Contudo, algumas especificidades em cada grupo precisam ser mais bem detalhadas.

Começando pelo apoio social, os temas e as categorias encontradas nas falas não apresentam nenhuma diferença estatisticamente significativa, porém alguns pontos devem ser ressaltados. Primeiramente, verifica-se que a categoria mais relatada pelas mães com criança nascida a termo é a de apoio como figura humana. Pode-se inferir que, para esse grupo, as pessoas que as envolvem e ajudam no dia a dia imediatamente remetem ao significado de apoio. Esse grupo também foi o que mais verbalizou em número de categorias gerais, relatando mais informações sobre o que é apoio. Porém, como veremos a diante, nem sempre a maior verbalização significa o apoio real.

O estudo de Madu & Roos (2006) identificou que as mães que relatam a estratégia de enfrentamento “buscar a rede de apoio” tiveram maiores índices de depressão. Pode-se cair no erro de achar que procurar suporte não é uma boa estratégia, contudo a pesquisa mostra que quando as mães precisam buscar, normalmente esse apoio não apareceu naturalmente diante da necessidade. Como o apoio é muito importante nos momentos de crise, especialmente pelo seu efeito atenuante do estresse (Elsenbruch & cols., 2006; Goodwin, Costa & Adonu, 2004; Montigry, Lacharite & Amyot, 2006; Nelson, 2004), espera-se que essa rede seja imediatamente ativada.

Buscando uma analogia com os resultados de Madu & Roos (2006), os resultados dessa pesquisa também aponta que nem sempre a quantidade de palavras faladas sobre o apoio demonstra pessoas mais suportadas pelos familiares e amigos. Algumas características que caminham nessa direção são as correlações encontradas entre o total de unidades de análises e o desenvolvimento mental da criança e outras duas dimensões da escala de aferição do apoio.

No grupo com crianças nascidas pré-termo, a categoria mais referida foi como conceito. Essa racionalização do apoio pode ter duas fontes: primeiramente com a questão da escolaridade, que foi mais alta nesse grupo e, assim, quando questionadas sobre o apoio imediatamente compreenderam que a questão se referia ao conceito. Segundo, uma

possível interpretação, foi que essas mães poderiam estar mais distantes de figuras humanas como apoio, ou não estarem tão atentas a estas pessoas. Esta última pode ser reforçada pela correlação negativa dessa categoria com apoio como figura humana encontrada nos resultados.

Outro ponto a ser destacadas é que as três mães que mencionaram não ter ninguém nos momentos de crise eram de crianças nascidas pré-termo e indicaram uma dificuldade com essa rede. A sensibilidade durante esses períodos podem deixar a mãe mais suscetível a sentimentos ambíguos e solidão exacerbada (Braga, Machado & Bosi, 2008; Correia, Carvalho & Linhares, 2008). Outros fatores como a possibilidade de sintomas depressivos que favorecem o isolamento social são comuns em mães com bebês prematuros, podendo ser a causa de muito desses relatos.

Nas principais figuras de apoio o mais importante a se destacar foi a presença do companheiro como principal figura. Diversos estudos já demonstraram que o parceiro é a fonte de apoio mais relatada e que ter esse companheiro é um potencial fator de proteção (Custódio, 2010; Fernandes & cols., 2011; Ghosh & cols., 2010; Guimarães & Mello, 2011; Jones, Rowe & Becker, 2009). Nesse estudo as avós apareceram menos que o apontado pelas outras pesquisas, contudo elas estiveram presentes, assim como as sogras.

A importância do companheiro aparece nos dois grupos, indicando uma similaridade entre as participantes. Independentemente do tipo de nascimento, o companheiro sempre é uma figura presente e importante. O papel do pai é ajudar as mães nas tarefas que ela não pode realizar devido à dedicação à criança e, nos casos com crianças pré-termo, de cuidar dos filhos que ficaram em casa. Além disso, o pai fornece o suporte afetivo e de interação positiva, sendo a pessoa que a mãe passa momentos de diversão e relaxamento. Todos esses papéis que o pai exerce são essenciais para atenuar o estresse materno e contribuir com a adaptação aos momentos de crise, seja durante a gravidez, parto, puerpério e no dia a dia (Custódio, 2010; Fernandes & cols., 2011; Ghosh & cols., 2010; Jones, Rowe & Becker, 2009).

Corroborando com esses resultados com o pai, as correlações da QRC e da QRF com o apoio apontam mais uma vez a importância dos pais. Nas mães com crianças nascidas a termo, quanto melhor a qualidade do relacionamento familiar maior a média do apoio emocional e de informação. Nos pré-termos a relação foi entre uma melhor qualidade do relacionamento conjugal e o apoio afetivo/interação positiva. Como boa parte das perguntas envolvia o relacionamento com

o companheiro, esses resultados mostram a importância desse relacionamento na percepção do apoio.

Enquanto a figura paterna foi relatada de modo muito similar entre os dois grupos, os profissionais de saúde foram apontados de forma diferenciada. Para todas as mães do grupo com crianças nascidas pré-termo os profissionais são fonte de apoio, já para algumas mães dos nascidos a termo essas figuras não foram consideradas como suporte. Essa diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos indica algumas especificidades da prematuridade. No nascimento de uma criança a termo, os pais geralmente passam pouco tempo na maternidade e o contato com os profissionais do local é apenas o necessário e muitas vezes com pequenos conflitos. Durante os cuidados posteriores do bebê, diversas mães que participaram afirmaram que realizam o acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde e não puderam escolher o médico(a) que desejavam e nem sempre conseguem desenvolver um vínculo que permita tirar dúvidas ou mesmo se abrir sobre as dificuldades encontradas.

No grupo de mães com crianças pré-termo, o contato com os profissionais pode começar a ser mais próximo já na gravidez, em decorrência da suspeita de risco. Durante o parto prematuro também é necessário uma equipe que ajude a mãe e a informe da situação do bebê. Porém a presença da equipe de saúde é maior ainda após o nascimento, muitas vezes com internações em UTIN's prolongadas, o projeto Canguru em seguida e a preparação para alta, além do follow-up.

Apesar de mais fortemente presente, nem sempre esse profissional é bem visto pelas mães de prematuros. Estudos indicam que essa relação pode ser envolta de conflitos, que mostra-se prejudicial para o apego da mãe com a criança, a amamentação e os cuidados domiciliares (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Guimarães & Monticelli, 2007; Morais, Quirino & Alemida, 2009; Nicolaou & cols., 2009; Simioni & Geib, 2008; Siqueira & dias, 2011; Souza & cols., 2010; Vêras & Traverso-Yépez, 2011).

A importância desse profissional diante do nascimento prematuro é essencial no início, pois o bebê frágil e pequeno assusta os pais, especialmente a mãe, que não imagina seu bebê real dessa forma e passa a comparar-lo com outros bebês. Esse momento tão crítico do desenvolvimento do apego pode ter a participação dos profissionais, incentivando a mãe a tocar, segurar ou participar dos cuidados ao bebê sempre que possível. Quando os pais participam desses cuidados iniciais

se sentem mais próximos da criança e importantes no processo de desenvolvimento (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Morais, Quirino & Alemida, 2009; Simioni & Geib, 2008).

Outro ponto crítico muito relatado nesse início é a amamentação, período que a participação dos profissionais é influente. O local onde os bebês pré-termo dessa amostra nasceram é um Hospital Amigo da Criança⁶, ou seja, incentiva o aleitamento materno e realiza o Método Canguru. Essas ações indicam terem sido efetivas, demonstrado pela adesão ao aleitamento de 14 das 16 mães do estudo, além das altas médias de tempo de aleitamento total.

Contudo, se o contato com esses profissionais nessa fase não é efetivo, pode ser compreendido como agressivo ou mesmo uma ordem (Morais, Quirino & Alemida, 2009; Siqueira & Dias, 2011; Souza & cols., 2010; Vêras & Traverso-Yépez, 2011). Esse tipo de relação extremamente conflituosa não é comum só no âmbito brasileiro, como também em outros países, que apresentaram resultados parecidos aos nossos se trata de relações conflituosas com a equipe de saúde e as consequências desses conflitos (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Flacking, Wallin & Ewald, 2007; Nicolaou & cols., 2009).

Uma das críticas mais comuns dos pais de crianças nascidas pré-termo é no momento da alta, especialmente em relação à falta de segurança para cuidar da criança sozinhos. Como relatado em algumas pesquisas (Morais & cols., 2009; Nicolaou & cols., 2009; Simoni & Geib, 2008; Siqueira & Dias, 2011; Souza & cols., 2010) os pais acham que não vão conseguir cuidar tão bem como o hospital, pois não possuem toda a aparelhagem e preparação técnica. Além disso, referem que a linguagem dos profissionais é muito técnica e os sentimentos são muito ambíguos ao saírem do hospital, com um misto de insegurança e felicidade. O papel dos profissionais é dar essa segurança, esse empoderamento aos pais, para que eles se sintam capazes de cuidar do bebê. Além disso, programas de follow-up também podem contribuir, pois os pais sabem que podem recorrer a algum profissional no caso de dúvida e conversar sobre os medos e inseguranças do dia a dia.

⁶ Hospital Amigo da Criança é uma iniciativa da UNICEF criada em 1990, juntamente com o Ministério da Saúde, que incentiva os profissionais do hospital a mudarem sua rotina e reduzir o número do desmame precoce. São 10 passos que os profissionais se comprometem e quando o fazem, recebem a solenidade de uma placa e o reconhecimento como amigo da criança (UNICEF, 2011)

No Brasil a realidade do acompanhamento mais próximo da criança prematura ainda está em crescimento, especialmente nos ambientes rurais (Custódio, 2010; Guimarães & Melo, 2011; Vêras & Traverso-Yépez, 2011). Percebem-se as diferenças regionais quando trata-se do suporte de medidas de saúde pública, disponibilidade de locais com atendimento especializado e mesmo de estrutura física. Essas diferenças retratadas apontam que os resultados encontrados nessa pesquisa possam ter forte relação com a região e as políticas de saúde em prática nesses locais.

Com relação ao apoio do profissional psicólogo, a pesquisa também apontou que as mães das crianças pré-termo tiveram mais contato que as mães dos nascidos a termo com esse profissional. Esse resultado tende a estar relacionado com a presença da psicologia no local B, em que existe esse serviço disponível na maternidade, com participação durante o parto, pós-parto e no projeto Canguru. Haja vista que os atendimentos foram mais marcantes após o parto, os resultados indicam que o profissional presente no hospital foi o que gerou o maior número de atendimentos.

O papel do psicólogo nessa fase se aproxima dos demais profissionais, contribuindo com o empoderamento dos pais durante os cuidados com a criança, favorecendo o apego e o aleitamento, explicitando as questões de estimulação do desenvolvimento, entre outras. Contudo, um diferencial é poder ser um profissional treinado em ouvir as famílias, suas aflições e sentimentos ambíguos, sem o julgamento. Deixar as famílias falarem dos conflitos, dos medos e da insegurança, além de perceber os casos que precisam de mais atenção em razão de negligência, abandono ou sinais de depressão, acolhendo sempre suas falas, são alguns dos diferenciais dos psicólogos nesse contexto (Romero & Pereira-Silva, 2011; Setúbal, 2009; Tonetto & Gomes, 2007). O tratamento mais humanizado, com valorização da subjetividade de cada família, são contribuições da psicologia no ambiente hospitalar.

Outra abordagem que pode ser multiprofissional e envolver o psicólogo são os grupos no hospital. Algumas experiências demonstram que as mães que ficam muito tempo nas unidades de internação podem se vincular e ter mais uma rede de apoio (Correia, Carvalho & Linhares, 2008; Fernandes & cols., 2011; Preyde & Ardal, 2003). Os grupos podem ajudar a mãe a reconhecer que muitos dos seus sentimentos, nem

sempre de cunho positivo, são comuns e identificar outras maneiras de lidar com a situação.

Para finalizar o apoio social, os resultados da Escala de Aferição do apoio necessitam ser discutidas. Apesar de não ocorrer diferença estatisticamente significativa entre os grupos, algumas pontuações podem ser feitas com relação às médias apresentadas.

No grupo com crianças nascidas pré-termo, a média das dimensões materiais e afetivo/interação positiva foram maiores. Pode-se compreender que o apoio material se deve a maior escolaridade e renda dessas mães. Já o apoio afetivo/interação positiva, a compreensão dessa diferença pode estar relacionada com um relacionamento conjugal e familiar mais tranquilo, como indicam as médias da QRC e QRF. Essa interpretação provém da ideia que os pais são as figuras que mais estão presentes nos momentos de diversão e relaxamento para mãe.

A dimensão apoio emocional e de informação foi um pouco mais alta nas mães com crianças nascidas a termo. Esse tipo de apoio normalmente é fornecido por parentes, amigos e profissionais de saúde, os quais ajudam a tirar dúvidas, dar conselhos e fornecer suporte nos momentos de crise. Uma possível interpretação dessa diferença é com relação à prematuridade, muitas famílias não tinham experiências e as dúvidas eram maiores. Quando o bebê nasce a termo os familiares podem contribuir com mais informações, porém um bebê frágil pode, inclusive, afastar algumas fontes de apoio pelo desconhecimento ou mesmo pelo medo de machucar uma criança pequena.

As correlações com as dimensões do apoio fornecem mais informações sobre a dinâmica do apoio social com outras variáveis. No grupo das crianças a termo o apoio afetivo/interação positiva apresentou correlação com o tempo de internação, e foi maior nas mães que não relataram complicação no parto. As mães de crianças nascidas pré-termo também apresentaram correlação com um menor tempo de internação e com um maior tempo de amamentação.

A dimensão Apoio material também apresentou algumas relações. Nas díades com crianças a termo, o apoio material foi maior nas mães que desejaram as crianças. Além disso, mães com pais mais novos e com crianças com maior peso também estavam relacionadas com o apoio material. Compreende-se que pais com idade mais nova, apesar de geralmente terem menor renda, ativam uma maior participação dos outros familiares nas questões materiais. No outro grupo, as mães com gravidez sem risco também tinham maior fonte de apoio material. Todos esses resultados apontam para a característica protetiva que o apoio social teve para essas mães.

Esses potenciais fatores de proteção estão relacionados com o desenvolvimento dos bebês? Os resultados indicam que ambos os grupos, a termo e pré-termo, apresentaram médias muito próximas no desenvolvimento e, em ambos, essa avaliação se mostrou adequada para a idade. É importante ressaltar que as crianças nascidas pré-termo geralmente apresentam problemas desenvolvimentais, especialmente até os dois anos de idade (Formiga & Linhares, 2009). Então o que explicaria essa proximidade entre os grupos?

As correlações com a escala de desenvolvimento infantil pode contribuir para compreendermos mais essa questão. Nas crianças nascidas a termo, os resultados apontam que quanto melhor for a escala motora da criança, mais tempo ela teve de amamentação. Essa correlação somente reforça a importância que a amamentação tem para o desenvolvimento da criança, esta já relatada em diversos estudos (Andrade & Guedes, 2005; Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Flacking, Wallin & Ewald, 2007; Flacking, Ewald & Starrin, 2007). Outra relação importante foi na diferença entre as médias da escala mental nas mães que apontaram algum tipo de doença na gravidez, indicando que moléstias contraídas durante a gravidez podem ser fatores potenciais de risco.

No grupo com crianças pré-termo, a diferença também ocorreu na escala mental. Porém a relação foi com a variável gravidez de risco. Mães que relataram a gravidez como de risco tiveram menores médias na escala mental. A gravidez de risco pode indicar tanto a exposição do bebê a problemas por um tempo maior, gerando também um dano desenvolvimental maior, ou pode indicar uma estimulação reduzida materna em decorrência do receio da fragilidade da criança.

As correlações encontradas com a dimensão do desenvolvimento comportamental não indicam o grau de desenvolvimento da criança. Contudo, esse resultado reafirma que longas aplicações levam a impaciência das crianças e menor tolerância a avaliações.

As correlações das diversas variáveis com o desenvolvimento infantil e com o apoio social deram pistas do por que dos resultados encontrados. Algumas considerações ainda serão feitas, porém a pergunta de pesquisa ainda falta ser respondida. **Qual a relação entre o desenvolvimento mental e motor de crianças entre cinco e sete meses de idade, nascidas pré-termo ou a termo, e apoio social percebido por suas mães?**

Na correlação realizada entre as dimensões do apoio e da escala Bayley, uma relação foi encontrada nas crianças nascidas pré-termo. O resultado indica que quanto mais as mães reconhecem o apoio emocional e de informação, maior foi o escore da criança na Escala Mental. Pode-se interpretar essa relação a partir da compreensão que o papel do apoio emocional e de informação fornece às famílias, pois esta dimensão é aquela que a mãe busca quando necessita de um conselho/orientação técnica ou de suporte quando passa por momentos difíceis. Verificando que essas mães relataram a forte presença dos profissionais de saúde e indicaram bom relacionamento com o companheiro, esse tipo de suporte parece estar bem consolidado. Assim, muitos medos que as mães de prematuros relatam como não saber cuidar, estimular, achar que é muito frágil ou relatar o quanto se sentem desamparadas (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Morais, Quirino & Alemida, 2009; Nicolaou & cols., 2009; Simioni & Geib, 2008; Siqueira & Dias, 2011; Souza & cols., 2010), fica atenuado com esse tipo de suporte. Essa é uma compreensão dessa relação.

Como o número de participantes foi reduzido, a generalização com relação ao resultado encontrado deve ser feita com muitas ressalvas. O local da pesquisa tinha muitas peculiaridades regionais, as mães dos grupos apresentaram diferenças na escolaridade e diversas relações muito relatadas na literatura não foram encontradas. Contudo, essa primeira análise indica que as crianças pré-termo estão se desenvolvendo tão bem quanto as crianças nascidas a termo, apesar das adversidades e riscos que foram expostas. O porquê da resiliência dessas crianças pode ter relação com o alto grau de apoio que as mães dos pré-termos tiveram acesso, especialmente dos profissionais de saúde, pela situação econômica mais estável e pela boa relação com o parceiro, ou seja, os fatores potenciais protetivos que essas famílias estavam envoltas. Para explicitar melhor esses fatores e entender melhor esses resultados, é necessária ainda a análise das outras variáveis investigadas, as quais serão relatadas no próximo tópico.

6.3. Os outros fatores potenciais de risco e proteção: a relação com o apoio e o desenvolvimento infantil

Para complementar os resultados explicitado na seção anterior, inicia-se apresentando alguns potenciais fatores de risco encontrado nas participantes. Com relação à gravidez, ao parto, ao puerpério e à rotina atual da criança, os resultados indicaram que as crianças nascidas pré-termo realmente foram expostas a mais riscos e tiveram mais consequências no âmbito biológico, com menor peso, altura e maior

tempo de internação após o nascimento. Além disso, nas crianças nascidas pré-termo, foram relatadas mais gravidez de risco e mais hospitalização da criança após a saída da maternidade e essas experiências foram relativamente marcantes para essas mães, haja vista os conteúdos negativos expressados após o parto.

No momento da gravidez, enquanto boa parte das mães não contava com a possibilidade da prematuridade, os conteúdos positivos e negativos apareceram de modo similar entre os dois grupos. Porém, após o parto, as mães das crianças nascidas a termo já relatam mais sentimentos positivos, enquanto as outras mães indicam sentimentos mais negativos. Analisando-se as falas, a prematuridade aparece com frequência como algo perturbador, que gerou diversos sentimentos relacionados ao medo de perder a criança e não conseguir lidar muito bem com a situação. Uma das mães, inclusive, relatou que não conseguia lembrar-se dos sentimentos, claramente apontando a indisposição em falar do assunto.

A prematuridade normalmente surpreende os pais e deixa marcas que podem perpetuar para sempre no modo como eles lidam com as crianças que nasceram antes do previsto (Braga, Machado & Bosi, 2008; Correia, Carvalho & Linhares, 2008; Flacking, Ewald & Starrin, 2007). Superar esses medos e lembranças em uma idade tão tenra é uma tarefa desafiante para esses pais.

Das correlações dos dados da gravidez, parto, puerpério e rotina atual, alguns resultados são interessantes para perceber como alguns fatores potenciais de risco e proteção se relacionam. Nas díades com criança nascida a termo os potenciais fatores de proteção foram: planejar e desejar a criança, parto normal, menor idade materna, mais tempo de amamentação e menos casamentos anteriores da mãe. Nas díades com criança nascida pré-termo as variáveis potencialmente protetivas foram: maior renda, mais relato da gravidez experiência positiva na gravidez, planejamento da gravidez, ausência de gravidez de risco e maior tempo de união do casal.

Porém, o instrumento que nitidamente media o índice de risco das famílias do estudo, era a escala Psicossocial de Rutter. Nessa avaliação os resultados foram surpreendentes, na medida em que a concentração das famílias a termo foi no risco moderado, enquanto nas famílias pré-termo foi no risco baixo. Esperava-se que as díades com crianças nascidas pré-termo apresentassem mais riscos psicossociais, haja vista a vasta literatura observando nesse sentido (Dole & cols., 2004; Leijon &

cols., 2003; Poehlmann & cols., 2009; Rugolo, 2005; Vigod & cols., 2010). Porém, boa parte destes estudos foca no momento da gravidez ou após o parto, o que poderia demonstrar outra situação caso essas mães fossem questionadas nesses momentos também.

Esse instrumento também trouxe informações interessantes com relação às diádes pré-termo. Nas comparações da ANOVA entre os níveis de risco, um maior número de casamentos e menor escolaridade dos pais são fatores potenciais de risco.

Analisando essa seção da discussão, pode-se inferir que as famílias de crianças nascidas pré-termo estavam realmente envolvidas em um contexto com fatores potencialmente protetivos. Mais do que isso, percebe-se que as famílias das crianças nascidas a termo também estavam expostas a potenciais riscos, de ordem diferenciada dos nascidos pré-termo, como apontou a Escala de risco psicossocial de Rutter, porém também apresentaram bom desenvolvimento das crianças. Dessa forma, durante essa fase e com essas características, as famílias estão apresentando estratégias de enfrentamento adequadas aos riscos, especialmente com fortes fontes de apoio e situação sociodemográfica também positiva, como a alta escolaridade materna.

A escolaridade materna merece um destaque nesse estudo, pois diversos outros estudos já encontraram relação com essa variável no desenvolvimento de criança, inclusive relacionadas ao baixo peso, amamentação e desenvolvimento cognitivo (Andrade & cols., 2005; Angelsen, Jacobsen & Bakketeig, 2001; Barbas, Costa, Luiz & Kale, 2009; Martins, Costa, Saforcada & Cunha, 2004; Resegue, Puccini & Silva, 2008; Schoeps & cols. 2007). Quanto maior a escolaridade materna, mais a mãe entende as orientações médicas, mais ela procura alternativas diante de dificuldades, além de maior alcance de tratamentos alternativos e aderência a eles, muitos desses difíceis na situação da prematuridade, e, por decorrência, melhores os resultados para a criança. É necessário também ressaltar que a alta escolaridade está vinculada com uma maior renda e, assim, com um maior acesso a serviços de saúde com maior qualidade.

Como dito anteriormente, diversas ressalvas com esses resultados devem ser feitas. O assunto não está completamente encerrado e outras análises devem ser consideradas ao se investigar a prematuridade e o desenvolvimento infantil. O estudo apresenta limitações, porém indica uma ideia da importância das redes de apoio social, assim como das políticas de saúde efetivas, no desenvolvimento das crianças.

Para finalizar essa seção, é importante responder a outros apontamentos feitos no estudo, mais especificamente com relação à racional da pesquisa. Esse assunto é discutido no próximo tópico.

6.4. A racional da pesquisa

A partir das análises dos resultados e da discussão até aqui, alguns aspectos podem ser evidenciados com relação à racional da pesquisa. Esse momento é de revisão da relação entre os objetivos do estudo e o que a literatura pesquisada apresenta. Alguns pontos mostraram-se compatíveis com o esperado, porém outros não.

O primeiro ponto, em que se esperava o desenvolvimento mental e motor com níveis superiores nos nascidos a termo, apresentou-se equivocada, pois os bebês pré-termo demonstraram níveis de desenvolvimento equiparado aos dos nascidos a termo. Apesar de esse resultado ir de encontro aos estudos que afirmaram serem esperadas essas complicações no desenvolvimento (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001; Laucht, Esser, & Schmidt, 2002; Linhares, Carvalho, Machado & Martinez, 2003; Linhares, Padovani, Bordin, Martins & Martinez, 2004), é importante relevar com outros fatores envolvidos como: fatores potenciais protetivos que essas díades demonstraram, o grupo de análise foi reduzido, as crianças prematuras selecionadas eram pré-termo moderados ou leves e as crianças nascidas a termo estavam expostas a diversos fatores potenciais de risco. Todas essas pontuações podem ajudar a compreender esse resultado e demonstrar a importância da resiliência nesses casos de prematuridade.

Sobre o apoio social ser mais presente nas díades das crianças nascidas a termo, essa ideia pareceu se confirmar parcialmente nos resultados. Apesar das médias da escala de apoio social não apresentarem diferença estatisticamente significativa entre os grupos, as mães das díades com criança pré-termo indicaram maiores médias nas dimensões apoio material e apoio afetivo/interação positiva que as mães do outro grupo. Além disso, essas mães relatam mais apoio dos profissionais de saúde e nenhuma mãe relatou a ausência de apoio durante os momentos da gravidez, parto e cuidados diários.

Esse resultado, também já encontrado em outros estudos (Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006; Custódio, 2010), indica que no momento da prematuridade as redes sociais são ativadas e funcionam como um fator protetivo. O efeito atenuante sobre o estresse e todo o suporte efetivo fornecido pela rede e percebido pela mãe são essenciais

durante os momentos de crise, refletindo-se no desenvolvimento da criança.

A questão do apoio dos profissionais de saúde também já responde a outra ideia esperada no estudo, demonstrando que o apoio desses profissionais é mais presente no grupo com crianças nascidas a pré-termo. Esse resultado torna-se mais essencial quando percebe-se a importância que esses profissionais têm para as mães e do quanto prejudicial eles podem ser quando ausentes (Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Guimarães e Monticelli, 2007; Moraes, Quirino & Alemida, 2009; Nicolaou & cols., 2009; Siqueira & Dias, 2011; Souza & cols., 2010; Vêras & Traverso-Yépez, 2011).

Com relação ao desenvolvimento e o apoio social, nas díades pré-termo foi encontrada uma associação entre essas duas variáveis. Percebe-se a importância do apoio emocional e a informação têm nesses grupos e como ele pode contribuir para o desenvolvimento da criança.

Os dados sociodemográficos também apresentaram poucas correlações com o apoio social e com o desenvolvimento infantil, porém tornaram-se evidentes com as outras variáveis de risco e proteção envolvidas. De modo geral, as características demográficas foram similares entre as participantes, com ressalva para a escolaridade materna que apresentou diferença e foi correlacionada com o índice de risco psicossocial. Desse modo, as variáveis sociodemográficas são importantes quando tratam-se de possíveis riscos expostos a criança. Essa correlação também foi encontrada em outros estudos (Guimarães & Melo, 2011; Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Flacking, Wallin & Ewald, 2007; Leijon & cols., 2003)

As características dos potenciais fatores de risco comum à prematuridade se apresentaram como o esperado. Revendo como o desenvolvimento não foi prejudicado e como a rede de apoio dessas mães foi bem presente, os resultados indicam a importância do suporte social e de como ele pode ser um fator potencial de proteção efetivo, especialmente para os casos em que os riscos biológicos e psicossociais estão presentes.

Referente à ideia da relação do apoio e do desenvolvimento com a QRC e QRF, os resultados confirmam parcialmente essa compreensão. No grupo com crianças nascidas a termo a relação foi com a QRF e nos pré-termos com a QRC. A figura do pai da criança também foi a principal fonte de apoio para ambas as díades de análise, indicando a importância que o companheiro tem para as mães no momento da maternidade, seja ela de risco ou não.

Por fim, esperava-se encontrar maior risco psicossocial nas crianças nascidas pré-termo, o que não ocorreu. Os resultados indicaram que as mães das crianças pré-termo se apresentaram com menor risco do que as mães de crianças nascidas a termo. Parte disso pode ser explicada, como já referido anteriormente, pela característica das participantes de cada local de pesquisa, que acabaram por se diferenciar.

Desse modo, todos os pontos esperados inicialmente na pesquisa foram respondidos, alguns apresentando-se de modo diferenciado enquanto outros foram ao encontro da literatura. A explicitação desses pontos vêm com o objetivo de demonstrar a similaridade dessa pesquisa com outras de cunho nacional e internacional, porém também para apresentar o que se diferencia e suas peculiaridades e limitações. Estes pontos, limitações e contribuições serão mais bem explicitados na seção Considerações Finais, tópico seguinte.

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados e da discussão realizada, algumas questões necessitam de ponderações nesse momento. Primeiramente, é necessário explicar melhor a fase do desenvolvimento escolhida pelo estudo e as implicações envolvidas nessa decisão. Como muito dos estudos pesquisados trazem a época de investigação pré ao nascimento ou imediatamente pós ao nascimento, o desenvolvimento infantil muitas vezes é ignorado pelas pesquisas e os sentimentos da mãe estão inteiramente ligados às necessidades de sobrevivência do bebê e à adaptação com seu filho.

Como a intenção do estudo foi verificar o desenvolvimento, tornou-se necessário que a criança e a mãe já estivessem mais adaptadas à casa e rotina da família, além da figura materna também já tivesse a oportunidade cuidar sozinha da criança por um tempo, fora do hospital. Dessa forma, a dinâmica da família já teria mudado com o bebê em casa e os pais já trariam outros conteúdos para o estudo, o que ocorreu. Contudo, percebe-se pelas falas dos sentimentos maternos pós-parto que a prematuridade deixou marcas fortes nessas famílias e se faz muito presente na lembrança da mãe. Nessa fase de idade escolhida ocorre o retorno ao trabalho ou a proximidade dessa data para algumas mães, apesar da maioria das participantes serem do lar, porém envolve outro desafio para que a rede de apoio seja ativada e ajude no cuidado da criança.

Outro aspecto importante quanto da idade escolhida é o retratado por Brazelton (1994), que refere alguns momentos decisivos do desenvolvimento. Essas fases são repletas de avanços desenvolvimentais e exigem muita energia dos cuidadores. Além disso, a própria escala Bayley II (Bayley, 1993) já avança nas questões motoras, avaliando o sentar, engatinhar, posturas e primeiros passos primitivos da criança, além de desafios mentais também. Assim, os pais estariam focados na estimulação e poderíamos observar o esforço e envolvimento parental nos cuidados com a criança.

Esse foco num momento mais tardio do desenvolvimento, juntamente com a relação do desenvolvimento com o apoio na época escolhida, são algumas das contribuições desse estudo. Parte dos estudos (Badr, Abdallah & Mahmoud, 2005; Dole & cols., 2004; Elsenbruch & cols., 2006; Guimarães & Melo, 2011; Hodnett, Fredericks & Weston, 2010; Ghosh & cols., 2010; Kim & cols., 2010; Nakansah-Amankra &

cols., 2010) focou no apoio e relação com o nascimento prematuro, ou seja, pré-parto; ou então no momento imediato a alta da criança (Garel, Dardennes & Blondel, 2006; Jones, Rowe & Becker, 2009; Madu & Roos, 2006; Morais, Quirino & Almeida, 2009; Simioni & Geib, 2008; Siqueira & Dias, 2011; Souza & cols., 2010). Esses tipos de pesquisas são essenciais para demonstrarem a importância do apoio como fator protetivo do nascimento pré-termo e da volta para casa, contudo o suporte social permanece sendo uma proteção nos momentos seguintes e o desenvolvimento da criança tem fortes relações com a forma que esse apoio vai estar presente/ausente no dia a dia dos pais.

Outra contribuição do estudo, agora em âmbito nacional, é com relação à comparação entre os nascidos a termo e pré-termo com o apoio social. Estudos nacionais fazem essa comparação (Guimarães & Melo, 2011; Mancini & cols., 2002), porém quando se trata de apoio social, os estudos encontrados focam nas famílias com crianças nascidas prematuras e, dessa forma, algumas peculiaridades do grupo com crianças pré-termo não podem ser retratadas, pois não se sabe como um grupo com crianças a termo se comportaria. Com a comparação ficam mais claras as similaridades e diferenças entre essas mães e avança-se na necessidade que cada um desses grupos tem de cuidados específicos e daquilo que pode ser aplicado a ambos.

Com relação às contribuições do estudo, ressalta-se ainda o tipo de análise. Abordagem quali-quantitativa são escassas no âmbito estudado e, principalmente no Brasil, os estudos focam na abordagem qualitativa. Apesar de essencial, os avanços estatísticos na área da Psicologia são presentes e tendem a contribuir com a investigação de diversos fenômenos, devendo ser cada vez mais aplicada e comum nos estudos nacionais.

Como última contribuição do estudo pode-se citar a questão do apoio do psicólogo. O papel desse profissional no hospital é extensamente relatado na literatura brasileira, porém quando trata-se dos estudos sobre apoio social, o relato da presença destes são mais escassos. Esses profissionais têm um papel importante tanto para as mães com filhos pré-termo como a termo. Assim, os resultados indicam a importância desses profissionais como fonte de apoio e como colaboradores do estímulo ao desenvolvimento infantil das crianças (Correia, Carvalho & Linhares, 2008; Romero & Pereira-Silva, 2011; Setúbal, 2009; Tonetto & Gomes, 2007).

Ainda que o estudo tenha diversas contribuições, muitas limitações podem ser apontadas na dissertação. Primeiramente, com

relação ao pequeno número de participantes. Como a amostra ficou reduzida, muitas análises não puderam ser realizadas, além do que os resultados encontrados precisam ser cuidadosamente interpretados, pois não representam esses grupos de modo geral. Além disso, as participantes pertenciam a uma região brasileira que se diferencia das demais com relação à renda e acesso aos serviços de saúde, o que gera um obstáculo quando a intenção é compreender esse fenômeno em âmbito nacional. Enquanto aqui na região sul o projeto Canguru e a atenção dada na UTIN mostraram-se efetiva e positiva para as mães, o estudo de Vêras e Traverso-Yépez (2011) apresentou uma realidade bem diferente. E mesmo dentro da região sul, percebe-se que o acesso aos serviços de saúde especializados estão concentrados nas regiões metropolitanas (Custódio, 2010), o que se torna mais uma limitação desse estudo, haja vista que as participantes residiam, obrigatoriamente, na região da Grande Florianópolis.

Ainda que as participantes pertençam a mesma região, notou-se que a escolaridade foi estatisticamente diferente entre as díades. Essa variável interveniente da pesquisa tem relação ainda com diferenciais dentro de uma microrregião e mesmo da escolha do local do nascimento, pode ter interferido tanto no modo como as mães perceberam o apoio como no desenvolvimento das crianças, haja vista a importância dos aspectos sociodemográficos nesses fenômenos (Guimarães & Melo, 2011; Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Flacking, Wallin & Ewald, 2007; Leijon & cols., 2003).

Outra limitação a ser explicitada, é a questão dessas famílias já serem frequentadoras de ambulatório, terem um acompanhamento sistemático pelos serviços de saúde pública e se interessarem nesses serviços. Isso já demonstra uma preocupação primária com seu filho e indica que serão pais mais preocupados com o desenvolvimento de sua criança. Dessa forma, a pesquisa apresentou um viés, pois os pais que poderiam apresentar problemas mais graves e, conseqüentemente, mais problemas no desenvolvimento da criança, não frequentam tanto os serviços de saúde ou se interessariam em participar da pesquisa.

Alguns pontos que não foram investigados na pesquisa também podem ser apontados como limitações. A falta de questões sobre os sentimentos após a alta da criança poderia complementar os dados sobre como os profissionais de saúde ajudaram no empoderamento dos pais nos cuidados e como foi o início da adaptação à criança no ambiente domiciliar. Os estressores atuais também não foram investigados nessa dissertação que, em outras pesquisas, mostraram-se muito importantes na relação com o apoio social e a prematuridade (Custódio, 2010; Garel,

Dardemmes & Blondel, 2006; Ghosh & cols., 2010; Jones, Rowe & Becker, 2009; Kim, Choi & Ryu, 2010; Nkansah-Amankra & cols., 2010) e poderiam contribuir com a discussão dos resultados encontrados. Além disso, a depressão e ansiedade são fenômenos comuns nas mães de crianças nascidas prematuras, e podem afetar a percepção do apoio e a saúde mental da mãe, inclusive com reflexo no desenvolvimento das crianças (Elsenbruch & cols., 2006; Madu & Roos, 2006; Poehlmann & cols., 2009; Vigod & cols., 2010).

Para finalizar as limitações do estudo, ressalta-se que somente a fala da mãe foi ouvida nessa pesquisa. A figura materna é essencial durante o cuidado com a prole, e ocorre toda uma preparação física e psicológica para a recepção da criança. Contudo, na prematuridade muitas das questões que contribuem na preparação para o bebê, no apego e na adaptação ao novo membro da família, são interrompidas com o nascimento prematuro. Nesse momento a figura paterna tende muito a contribuir e é a principal figura de suporte quando presente.

Mesmo nas mães que o nascimento foi a termo o pai é presente e importante nos momentos críticos e nos cuidados diários. Assim, a fala do companheiro teria acrescentado muito ao estudo e sobre algumas lacunas dos resultados. Contudo, ressalta-se que houve muitas dificuldades em conseguir uma participação efetiva das mães, a presença da figura paterna pode ser bem desafiante, pois normalmente eles trabalham e apresentam mais dificuldades em querer participar da pesquisa.

A partir da avaliação das contribuições e limitações desse estudo, algumas questões podem ser apontadas para futuras pesquisas. A presença da fala do pai, como já explicitada, é um dos aspectos a serem investigados com relação ao apoio e a prematuridade, além de poder relatar como a relação conjugal e familiar está após o nascimento da criança. A presença de instrumentos que meçam os estressores, sintomas depressivos e ansiosos podem vir a contribuir com pesquisas futuras, pois acrescentam mais dados sobre os potenciais fatores de risco envolvidos nessa fase.

Além da figura do pai, o psicólogo também é um personagem a ser estudada com relação ao apoio e a prematuridade, podendo ser pessoalmente investigado ou ser uma das figuras questionadas às mães. Esse profissional pode ser investigado tanto nas pesquisas com a prematuridade como com o apoio isolado, pois nesse estudo ele também apresentou relação com as díades com crianças nascidas a termo.

Essa dissertação foi baseada em crianças nascidas prematuras moderadas ou leves, excluindo-se os prematuros extremos. Esta população também tem muito a contribuir nesses fenômenos, considerando que os cuidados e as possíveis complicações desenvolvimentais dessas crianças são muito maiores. Considerando que o número de prematuros extremos está crescendo diante dos avanços dos cuidados neonatais (Silveira & cols., 2008), essa população cada vez mais se torna comum e deve ser também foco de estudos futuros.

Ainda com relação aos estudos futuros, indica-se que o número de participantes seja maior e mais diversificado nas regiões brasileiras, para que possa ser verificado quais as diferenças e similaridades entre esses locais e contribuir com a equidade das políticas de saúde materno-infantil. Além disso, as análises devem apontar para uma relação quanti-quali em que os aspectos podem ser aprofundados e os fenômenos explicados de forma integrada.

Com os avanços dos cuidados neonatais, a população de crianças nascidas prematuras que se desenvolverão, cresce a cada ano. O foco que era na sobrevivência do bebê nascido pré-termo agora necessita ser voltado também para os cuidados posteriores e como essa criança irá se desenvolver longitudinalmente. As políticas de saúde-pública precisam estar mais voltadas para a relação da mãe com a criança e o acompanhamento dessas famílias por um longo tempo, não apenas durante os períodos de internação. Além disso, fica clara a necessidade dos serviços de saúde estarem mais presentes em cidades menores, considerando que nessa pesquisa a presença desses serviços foram importantes para a superação das adversidades no desenvolvimento das crianças.

Por fim, os profissionais de saúde envolvidos nos momentos críticos, como gravidez, parto e puerpério, devem se atentar para a rede de apoio social que essa mãe e essa família têm para que os potenciais fatores de risco sejam atenuados, estimulando, sempre que possível, esses laços de suporte. E, acima de tudo, os profissionais de saúde devem ser também a fonte de suporte, trabalhando a autoestima e a segurança dos pais para que eles estejam preparados para o desafio de cuidar e educar uma criança.

8. REFERÊNCIAS

- Ades, C. (2009). Um olhar Evolucionista para a Psicologia. Em: Emma Otta, M.E.Y. (org). *Psicologia evolucionista*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.10-21.
- Andrade, I.S.N. & Guedes, E.C.F. (2005). Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 5(1), 61-69.
- Andrade, S.A.; Santos, D.N.; Bastos, A.C.; Pedromônico, M.R.M.; Almeida-Filho, N.; & Barreto, M.L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 606-611.
- Andreani, G.; Custódio, Z. A. O.; & Crepaldi, M.A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Angelsen, N.K.; Vik, T.; Jacobsen, G.; & Bakketeig, L.S. (2001). Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Archive of Disease in Childhood*, 85, 183-188.
- Badr, L.K.; Abdallah, B.; & Mahmoud, A. (2005). Precursors os Preterm Birth: Comparison os Three Ethnic Groups in the middle East and The United States. *JOGNN*, 34(4), 444-452.
- Ballard, J.L.; Khoury, J.C.; Wedig, K.; Wang, L.; Eilers-Walsman, B.L.; & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *Journal of Pediatrics*, 119(3), 417-423.
- Barbas, D.S.; Costa, A.J.L.; Luiz, R.R.; & Kale, P.L. (2009). Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. *Epidemiologia e Serviços em Saúde*, 18(2), 161-170.
- Bard, K.A. (2009). Social Cognition: Evolutionary History of Emotional Engagements with Infants. *Current Biology*, 19(20), 941-943.
- Bardin L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições 70.
- Barton L.R.; Roman L. A.; Fitzgerald, H. E.; & McKinney, M.H. (2002) Informal social support characteristics and utilization of parenting support services among low-income african american mothers of premature infants. *Infant Mental Health Journal*, 23(3), 278-292.

- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. Second Edition. Califórnia: The Psychological Corporation.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bolwy, J. (1969). *Apego e perda*. Volume 1. Nova York: Basic Books.
- Braga, D.F.; Machado, M.M.T.; & Bosi, M.L.M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, 21(3), 293-302.
- Brazelton, T.B. (1994). *Momentos decisivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Capurro, H.; Konichezky, S; Fonseca, D.; & Caldeyro-Barcia R. (1978). A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *Journal of Pediatrics*, 93(1), 120-122.
- Carvalho, A. E. V.; Linhares, M. B. M.; & Martinez, F. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras e de baixo peso (< 1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 1-33.
- Chor, D.; Griep, R. H.; Lopes, C. S.; & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.
- Clark, C.A.; Woodward, L.J.; Horwood, L.J.; & Moor, S. (2008). Development of Emotional and Behavioral Regulation in Children Born Extremely Preterm and Very Preterm: Biological and Social Influences. *Child Development*, 79(5), 1444-1462.
- Cole, M.; & Cole, S.R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Correia, L.L.; Carvalho, A.E.V.; & Linhares, M.B.M. (2008). Verbal contents expressed by mothers of preterm infants with clinical emotional symptoms. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 64-70.
- Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, 56, 1298-1313.
- Croteau, A.; Marcoux, S.; & Brisson, C. (2007). Work Activity in Pregnancy, Preventive Measures, and the Risk of Preterm Delivery. *American Journal of Epidemiology*, 166(8), 951-965.

Crouch, M. (1999). The Evolutionary Context of Postnatal Depression. *Human Nature*, 10(2), 163-182.

Cunningham, F.G.; MacDonald P.C.; Gant N.F.; Leveno, K.J.; Gilstrap, L.C.; Hankins, G.V.D.; & Clark, S.L. (1997). *Williams obstetrics* (20 Ed). Stamford: Appleton & Lange.

Custódio, Z.A.O. (2010). *Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus primeiros dois anos de vida*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 284 f.

Dessen, M.A., & Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

Dissanayake, E. (2009). Becoming Homo Aestheticus: Sources of Aesthetic Imagination in Mother-Infant Interactions. *SubStance*, 94/95, 85-103.

Dole, N.; Savitz, D.A.; Hertz-Picciotto, I.; Siega-Riz, A.M.; McMahon, M.J.; & Buekens, P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14-24.

Dole, N.; Savitz, D.A.; Siega-Riz, A.M.; Hertz-Picciotto, I.; McMahon, M.J.; & Buekens, P. (2004). Psychosocial Factors and Preterm Birth Among African American and White Women in Central North Carolina. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1358-1365.

Elsenbruch, S.; S.Benson, S.; Rucke, M.; Rose, M.; Dudenhausen, J.; Pincus-Knackstedt, M.K.; Klapp, B.F.; & Arck, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877.

Fernandes, R.T.; Lamy, Z.C.; Morsch, D.; Lamy Filho, F.; & Coelho, L.F. (2011). Tecendo as teias do abandono: Além das Percepções das mães de bebês prematuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4033-4042.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539.

Figueiredo, B.; Costa, R.; Pacheco, A.; & Pais, L. (2009). Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. *Maternal Child Health Journal*, 13, 539–549.

Flacking, R.; Ewald, U.; & Starrin, B. (2007). “I wanted to do a good job”: Experiences of ‘becoming a mother’ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 64, 2405-2416.

Flacking, R.; Nyqvist, K.H.; & Ewald, U. (2007). Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *European Journal of Public Health*, 17(6), 579-584.

Flacking, R.; Wallin, L.; & Ewald, U. (2007). Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 96, 1126-1130.

Formiga, C.K.M.R. & Linhares, M.B. (2009). A avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43(2), 472-480.

Fuertes, M.; Faria, A.; Soares, H.; & Crittenden, P. (2009). Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low income on mother–infant interaction. *Acta Ethologica*, 12, 1–11.

Garel, M.; Dardennes, M.; & Blondel, B. (2006). Mothers’ psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Child: care, health and development*, 33(2), 137-143.

Ghosh, J.K.C.; Wilhelm, M.H.; Dunkel-Schetter, C.; Lombardi, C.A.; & Ritz, B.R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Archive Womens Mental Health*, 13, 327-338.

Goodwin, R.; Cost, P.; & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: ‘Positive’ and ‘deficiency’ values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 1-10.

Grandi, C.; Gonzáles, M.A.; Naddeo, S.; Basualdo, M.N.; & Salgado, M.P. (2008). Relación entre estrés psicosocial Y parto prematuro. Uma investigación interdisciplinaria en El área urbana de Buenos Aires. *Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón sarda*, 27(2), 51-60.

Greenley, R. N.; Taylor, G.; Drotar, D.; & Minich, N. M. (2007). Longitudinal relationships between early adolescent family functioning and youth adjustment: An examination of the Moderating role of very low birth weight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 453-462.

Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G. L.; & Lopes, C. S. (2005). Validade do constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.

Guimarães, E.C.; & Melo, E.C.P. (2011). Características do Apoio Social associados à baixa prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Escola Anna Nery*, 15(1), 54-61.

Guimarães, G.P. & Monticelli, M. (2007). (Des)motivação da puérpera para praticar o método mãe-Canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 11-20.

Hernandez, J.A.E.; & Hutz C.S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *PSIC*, 40(4), 414-421.

Herrera, J.A.; Ersheng, G.; Shahabuddin, S.K.M.; Lixia, D.; Wei, Y.; Faisal, M.; Barua, P.C.; & Akhtner, H. (2006). Evaluación periódica Del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones materna y perinatales en Asia. *Colombia Médica*, 37(2), 6-14.

Hodnett, E.; Fredericks, S.; & Weston, J. (2010). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *The Cochrane Library*, 9(CD000198), 1-29.

Hrды, S. B. (2001). *Mãe Natureza: Uma visão feminina da evolução, maternidade, filhos e seleção natural*. Rio de Janeiro: Campus.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011a). *Indicadores Sociais Municipais*. Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011b). *Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis*. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_s_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm. Acesso em 02 de dezembro de 2011.

Johnson, S.; Ring, W.; Anderson, P.; & Marlow, N. (2005). Randomised trial of parental support for families with very preterm children: outcome at 5 years. *Ach. Dis. Child*, 90, 909-915.

Jones, L.; Rowe, J.; & Becker, T. (2009). Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Psychological Distress and Parenting Efficacy in Parents of Premature Infants. *Children's Health Care*, 38, 245-262.

Keller, H. (2007). *Cultures of infancy*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Kilsztajn, S.; Rossbach, A.; Nunes do Carmo, M.S.; & Sugahara G.T.L. (2003). Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 303-310.

Kim, Y.A.; Choi, S.Y.; & Ryu, E. (2010). Social Support, and Practice of Prenatal Care in Married Immigrant Women in Korea. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), 325-331.

Klaus, M.H.; & Kennell, J.H. (1993). *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kohl S; Kainer F; Schiefenhovel W. (2009). Nausea and vomiting as evolutionary mechanisms of the complex adaptation reaction to pregnancy. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213(5), 186-93.

Konstantyner, T.; Leite, H.P.; & Taddei, A.C. (2007). Effects of a very low birth weight newborn on family: literature review. *Nutrición Hospitalaria*, 22(2), 138-145.

Laland, K. N.; Brown, G. R. (2002). *Sense and nonsense: Evolutionary perspectives*

Lattera, C.; Casini, S.; Andina, E.; & Hara, C.L. (2000). Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. *Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(1), 21-28.

Laucht, M.; Esser, G.; & Schmidt, M. H. (2002). Vulnerability and resilience in the development of children at risk: The role of early mother- child interaction. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(1), 20-27.

Lee, L.; Halpern, C. T.; Hertz-Picciotto, I.; Martin S. L.; & Suchindran, C. M. (2006). Child care and social support modify the association between maternal depressive symptoms and early childhood behaviour problems: a US national study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 305–310.

Lee, S-N. C.; Long, A.; & Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 326–336.

Leijon, I.; Finnstrom, O.; Sydsjo, G.; & Wadsby, M. (2003). Use of healthcare resources, family function, and socioeconomic support during the first four years after preterm birth. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed*, 88, 415–420.

Linhares, M. B. M.; Carvalho, A. E. V.; Padovani, F. H. P.; Bordin, M. B.; Martins, I. M. B.; & Martinez, F. E. (2004). Compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. Em: Marturano, E. M.; Linhares, M. B. M.; & Loureiro, S. R. (Eds.), *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (p.11-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Linhares, M.B.M.; Carvalho, A.E.V.; Machado, C.; & Martinez F.E.(2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia*, 13(25), 59-72.

Lu, Q.; Lu, M.C.; & Schetter, C.D. (2005). Learning from success and Failure in Psychosocial Intervention: An Evaluation of Low Birth Weight Trials. *Journal of Health Psychology*, 10(2), 185-195.

Madu, S.N.; & Roos, J.J. (2006). Depression among mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. *Social Behavior and Personality*, 34(7), 877-890.

Margotto, P.R. (2004). *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*. Brasília.

Martins, M.F.D.; Costa, J.S.D.; Saforcada, E.T.; & Cunha, M.D.C. (2004). Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 20(3), 710-718.

Meadows, S.O. (2010). Maternal Mental Health: A Cumulative Perspective The Association Between Perceptions of Social Support and

Maternal Mental Health: A Cumulative Perspective. *Journal of Family Issues*, 20(10), 1-28.

Méio, M. D. B. B.; Lopes, C. S.; Morsch, D. S.; Monteiro, A. P. G.; Rocha, S. B.; Borges, R. A.; & cols. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, 80(6), 495-502.

Mendes, D.M.L.F.; & Seild de Moura, M.L. (2009). Expressões faciais de emoções em bebês: importâncias e evidências. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 9(2), 307-327.

Montigry, F.; Lacharite, C.; & Amyot, E. (2006). The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto Contexto de Enfermagem*, 15(4), 601-609.

Morais, A.C.; Quirino, M.D.; & Almeida, M.S. (2009). O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 24-30.

Muñoz, M.; & Oliva, P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo Del embarazo y/o síntomas de parto prematuro em el embarazo adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia*, 74(5), 281-285.

Nagy, E. (2010). The Newborn Infant: A Missing Stage in Developmental Psychology. *Infant and Child Development*.

Nelson, T.N. (2004). *The role of family values and perceived family social support in stress appraisal among black and white college students*. Tese de Doutorado em Filosofia. Florida State University.

Nicolaou, M.; Rosewell, R.; Marlow, N.; & Glazebrook, C. (2009). Mother's experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 183-194.

Nkansah-Amankra, S.; Luchok, K.J.; Hussey, J.R.; Watkins, K.; & Liu, X. (2010). Effects of Maternal Stress o Low Birth Weight and Preterm Birth Outcomes Across Neighborhoods of South Carolina, 2000-2003. *Maternal Child Health Journal*, 14, 215-226.

Nobre, F. D. A.; Carvalho, A. E. V.; Martinez, F. E.; & Linhares, M. B. M. (2009). Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 362-369.

Nunes, S.A.N.; Fernandes, M.G.,; & Vieira, M.L. (2007). Interações Sociais Precoces: Uma Análise das Mudanças nas Funções Parentais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(3), 160-171.

Oliveira, D.C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 16(4), 569-576.

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2005) *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington: OPAS.

Poehlmann, J.; Miller Schwichtenberg, A.J.; Bolt, D.; & Dilworth-Bart, J. (2009). Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Mother of Preterm or Low Birth Weight Infants. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 690-704.

Poletto, M.; & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 25(3), 405-416.

Preyde, M.; & Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ*, 168(8), 969-973.

Profet, M. (1992). Preganancy Sickness as Adaption: A Deterrent to Maternal Ingestion of Teratogens. Em: Barkow, J.H.; Cosmides, L.; & Tooby, J. *The adapted Mind*, 327-366. Nova York: Oxford University Press.

Ramos, H.A.C.; & Cuman, R.K.N.(2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Escola de Enfermagem Anna Nery *Revista de Enfermagem*, 13 (2), 297-304.

Resege, R.; Puccini, R.F.; & Silva, E.M.K. (2008). Risk factors associated with developmental abnormalities among hogh-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *São Paulo Medical Journal*, 126 (1), 4-10

Ribas, A.F.P.; & Seidl de Moura, M.L. (2005). Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 315-322.

Romero, N.S. & Pereira-Silva, N.L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia e Sociedade*, 23(2), 332-339.

Rugollo, L.M.S.S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 101-110.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147 (6), 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.

Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York Academy of Science*, 1094, 1-12.

Sampiere, R. H.; Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1994). Definición del tipo de investigación a realizar: basicamente exploratória, descriptiva, correlacional o explicativa. Em R. H. Sampiere, C. F. Collado & P. B. Lucio, *Metodologia de La investigación* (pp. 57-73). Colômbia: Mcgraw-Hill.

Sapienza, G.; & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.

Schoeps, D.; Almeida, M.F.; Alencar, G.P.; França Júnior, I.; Novaes, H.M.D.; Siqueira, A.A.F.; Campbell, O.; & Rodrigues, L.C. (2007). Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Revista de Saúde Pública*, 41(6), 1013-1022.

Seidl-de-Moura, M. L.; Ribas, A. F. P.; Seabra, K. C.; Pessôa, L. F.; Nogueira, S. E.; Mendesa, D. M. L. F.; Rocha, S.B.; & Vicente, C. C. (2008) Interações Mãe-Bebê de Um e Cinco Meses: Aspectos Afetivos, Complexidade e Sistemas Parentais Predominantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 66-73.

Seidl-de-Moura, M. L.; Ribas, A. F. P.; Seabra, K. C.; Pessôa, L. F.; Ribas Júnior, R.C.; & Nogueira, S. E. (2004). Interações Iniciais Mãe-bebê *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 295-302.

Seidl-de-Moura, M. L.; Ribas, A. F. P. (2009). Evolução e Desenvolvimento Humano. Em: Emma Otta, M.E.Y. (org). *Psicologia evolucionista*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.77-85.

Setúbal, M.S.V. (2009). Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(3), 340-344. .

Sherbourne, C. D.; & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.

Silveira, M. F.; Santos, I. S.; Barros, A. J. D.; Matijasevich, A.; Barros, F. C.; & Victora, C. G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: Revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-964.

Simoni, A.S.; & Geib, L.T.C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 645-651.

Siqueira, M.B.C.; & Dias, M.A.B. (2011). A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 20(1), 27-36.

Sokol, R. I.; Webster, K. L.; Thompson, N. S.; & Stevens, D. A. (2005). Whining as Mother-directed Speech. *Infant and Child Development*, 14, 478-490

Souza, A. A.; Ferreira, J.; Cosentino, L.; & Varella, M. (2007). Uma Longa História. *Revista Psique Especial* , 8-13.

Souza, N.L.; Pinheiro-Fernandes, A.C.; Clara-Costa, I.C.; Cruz-Enders, B.; Carvalho, J.B.L.; & Silva, M.L.C. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 356-367.

Taylor, N.; Donovan, W.; & Leavitt, L. (2008) Consistency in infant sleeping arrangements and mother–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 77–94.

Tinbergen, N. (1958). *Curious Naturalists*. London: Country Life.

Tonetto, A.M. & Gomes, W.B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 89-98.

Tooby, J. & Cosmides, L. (Orgs.) (1997). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic Motives for Companionship In Understanding: Their Origin, Development, and Significance for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 95–131.

UNICEF (2011). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm . Acesso em 15 de novembro de 2011.

Vasconcelos, M.G.L. (2004). *Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo de baixo peso em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Recife/PE*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 165 f.

Véras, R.M.; & Traverso-Yépez, M. (2011). The Kangaroo Programa t Brazilian maternity hospital: the preterm/low-weight babies' health-care under examination. *Nursing Inquiry*, 18(1), 84-91.

Vieira M.L.; & Prado A.B. Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogênese e ontogênese no desenvolvimento infantil. Em: Moura, M.L.S. (org). *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*, 155-199. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vieira, M.L., Martins, G.D.F., Macarini, S.M.; Hansen, J., Prado A.B., Wanderlind, F.H., & Vieira, V. (2009). Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista: aspectos teóricos e implicações práticas. Em: Segatta, J. & Machado, N. (orgs). *Psicologia: fundamentos*, 185-210. Rio do Sul: Unidavi

Vigod, S.N.; Villegas, L.; Dennis C-L.; & Ross L.E. (2010) Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, 117, 540–550,

WHO Organização Mundial de Saúde. (1980). The incidence of low birth weight: A critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly*, 33, 197-224.

WHO Organização Mundial de Saúde. (2003). *A practical guide kangaroo mother care*. Suíça: World Health Organization.

Winberg, J. (2005). Mother and Newborn Baby: Mutual Regulation of Physiology and Behavior-A Selective Review. *Wiley Periodicals*, 217-229.

Winnicott, D. (1988). Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.

Zeifman, D.M. (2001). An Ethological Analysis of Human Infant Crying: Answering Tinbergen's Four Questions. *John Wiley & Sons*, 265-272.

ANEXO 1

Características aprofundadas dos artigos do Levantamento da Literatura sobre o tema do Apoio Social e Prematuridade.

Estudo	Origem	Ano	Método	Técnica	Amostra	Análise de dados
Andreani e cols.	Brasil	2006	Levantamento de Dados	Revisão da Literatura	Artigos que tratavam da prematuridade e repercussões na família	Qualitativa
Konstantyner e cols.	Brasil	2007	Levantamento de Dados	Revisão da Literatura	22 artigos que tratavam das repercussões do nascimento de crianças com muito baixo peso na família	Quantitativa
Correia e cols.	Brasil	2008	Levantamento de Dados	Entrevista	20 mães de prematuros muito baixo peso	Quali-quantitativa
Simioni e Geib	Brasil	2008	Levantamento de Dados	Entrevista	12 mães de prematuros	Qualitativa
Braga e cols.	Brasil	2008	Levantamento de Dados	Entrevista	Oito mães de prematuros	Qualitativa
Morais e cols.	Brasil	2009	Levantamento de Dados	Entrevista e Observação Indireta	Sete mães de prematuros	Qualitativa
Lattera e cols.	Argentina	2000	Experimento	Entrevista	148 mães de prematuros (84 grupo experimental e 64 grupo controle)	Quantitativa

Preyde Ardal, 2003	e	Canadá	2003	Experimento	Entrevista	60 mães de prematuros (32 grupo experimental e 28 grupo controle)	Quantitativa
Leijon cols.	e	Suíça	2003	Experimento	Entrevista	78 mães de prematuro (39 grupo experimental e 39 controle)	Quantitativa
Dole cols.	e	Estados Unidos	2003	Levantamento de dados	Entrevista	1962 mulheres grávidas (231 com nascimento pré-termo)	Quantitativa
Dole cols.	e	Estados Unidos	2004	Levantamento de dados	Entrevista	1898 mulheres grávidas	Quantitativa
Johnson cols.	e	Inglaterra	2005	Experimento	Entrevista	País de 284 crianças prematuras	Quantitativa
Badr cols.	e	Estados Unidos /Egito/ Líbano	2005	Levantamento de dados	Entrevista	294 mães de prematuros (118 libanesas, 104 egípcias, 40 estadunidenses mexicanas e 32 estadunidenses brancas)	Quantitativa
Lu e cols.		Estados Unidos	2005	Levantamento de dados	Revisão sistemática da literatura	12 artigos que investigavam por meio de experimentos o apoio social como	Quali-quantitativa

Elsenbruch e cols.	Alema- -nha/ Estados Unidos	2006	Levantame nto de dados	Questioná- rio	preventivo do nascimento de crianças com baixo peso 896 grávidas no primeiro trimestre	Quantitativ a
Madu e Roos.	África do Sul	2006	Levantame nto de dados	Entrevista	100 mães (50 de crianças nascidas pré-termo e 50 nascidas a termo)	Quantitativ a
Garel cols.	França	2006	Levantame nto de dados	Entrevista	21 mães de prematurados	Qualitativa
Herrera cols.	Argent i-na/ China/ Blangl a-desh	2006	Levantame nto de dados	Entrevista	565 primíperas	Quantitativ a
Flacking, Ewald cols.	Suíça	2007	Levantame nto de dados	Entrevista	25 mães de prematurados que receberam cuidados na UTI neonatal	Qualitativa
Flacking, Nyqvist cols.	Suíça	2007	Levantame nto de dados	Survey	37343 prontuários de mães (2093 mães de prematurados)	Quantitativ a
Flacking, Wallin cols.	Suíça	2007	Levantame nto de dados	Survey	225 prontuários de mães de prematurados	Quantitativ a
Croteau cols.	Canad á	2007	Experimen to	Entrevista	5755 mães (1242 para o grupo experiment al e 4513	Quantitativ a

						para o grupo controle)	
Grandi cols.	e	Argentina	2008	Levantamento de dados	Questionário	202 mães (100 de crianças pré-termo e 102 de crianças a termo)	Quantitativa
Muñoz Oliva	e	Chile	2009	Levantamento de dados	Entrevista	146 mães adolescentes	Quantitativa
Jones cols.	e	Austrália	2009	Levantamento de dados	Questionário	25 casais de prematuros	Quantitativa
Nicolaou e cols.		Inglaterra	2009	Levantamento de dados	Entrevista	20 mães de prematuros	Qualitativa
Poehlman e cols.		Estados Unidos	2009	Levantamento de dados	Entrevista	181 díades mãe-bebê prematuro	Quantitativa
Kim cols.	e	Coréia	2010	Levantamento de dados	Entrevista	165 mães imigrantes na Coreia	Quantitativa
Vigod cols.	e	Canadá	2010	Levantamento de dados	Revisão da literatura	26 artigos que tratavam da depressão em mães de crianças pré-termo	Quantitativa
Hodnett e cols.	e	Estados Unidos	2010	Levantamento de dados	Revisão da literatura	17 experimentos que investigaram o suporte social durante a gravidez de mulheres com risco de bebês com baixo peso	Qualitativa
Nkansah-Amankra		Estados Unidos	2010	Levantamento de dados	Survey	Dados de 8064	Quantitativa

e cols.	Unidos		dados		mulheres	
Ghosh e cols.	Estados Unidos	2010	Levantamento de dados	Entrevista por telefone	1027 mães de bebês pré-termo e 1282 mães de bebês a termo	Quantitativa
Souza e cols.	Brasil	2010	Levantamento de dados	Grupos focais	18 mães de bebês prematuros	Qualitativa
Siqueira e Días	Brasil	2011	Levantamento de dados	Entrevista	21 mães de bebês pré-termo	Qualitativa
Véras e Traverso-Yépez	Brasil	2011	Levantamento de dados	Entrevista, observação e grupo focal	11 mães de bebês pré-termo e 12 profissionais de saúde	Qualitativa
Fernandes e cols.	Brasil	2011	Levantamento de dados	Grupos focais	12 mães de bebês nascidos prematuros	Qualitativa
Guimarães e Melo	Brasil	2011	Levantamento de dados	Entrevista	108 mães de bebês pré-termo e 228 mães de bebês a termo	Quantitativa

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos através do presente, solicitar autorização para que seu filho(a) participe da pesquisa nomeada “Rede de apoio percebida pela mãe como fator contribuinte do desenvolvimento infantil”. O objetivo do trabalho é avaliar o desenvolvimento de crianças e analisar como alguns fatores familiares estão relacionados no processo de desenvolvimento de seu filho (a).

Somos pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina e estaremos desenvolvendo este trabalho durante o ano de 2010 a 2011.

Sua participação é voluntária e acontecerá através de resposta de questionário próprio, além da Escala de aferição de apoio social. Caso seja permitida a participação de seu(a) filho(a), solicitamos sua autorização para que possamos aplicar a avaliação (Escala de Desenvolvimento Bayley II).

Informamos que os dados respondidos no questionário serão mantidos em sigilo, sendo utilizados somente para fins de pesquisa. A qualquer momento, você e seu filho poderão deixar de participar das atividades, sem qualquer tipo de prejuízos à continuidade do tratamento que vem desenvolvendo nessa instituição. Caso haja interesse, comprometemo-nos ao final de nosso trabalho fornecer-lhe um parecer sobre a atividade realizada,

Se tiver alguma dúvida ou para esclarecimentos sobre o trabalho que será realizado, entre em contato com Lecila Duarte Barbosa Oliveira (3234 1254), Claudete Marcon (3721 9145) ou Viviane Vieira (8459 4002).

Código:

Eu,

Sr(a).....

.....RG n.....considero-me informado(a) sobre a atividade a ser realizada, aceito participar e autorizo a participação do(a) meu(a)

filho(a)....., idade:
..... Gostaria de participar dessa pesquisa também em outro
momento, quando meu filho (a) estiver com mais idade.

☐**Sim**☐**Não**

Telefones para contato: 1)

2)

Florianópolis, ____/____/____

Assinatura do pai ou responsável.

ANEXO 3

Questionário

Questionário nº _____

Data: _____ Hora início: _____ Hora
término: _____

Local de aplicação _____

Aplicadoras: _____

Perguntas Bayley II- Comportamental:

1- “O quão típico foi o comportamento de seu filho (a)? O fulano brincou como ele(a) normalmente brinca? Ele(a) estava chateada ou feliz como usualmente? Estava alerta ou ativo(a) como usualmente?”

1. Muito Atípico; cuidador nunca viu esse tipo de comportamento
2. Em sua maioria atípico
3. Um pouco típico, cuidador viu esse tipo de comportamento em algumas situações
4. Típico
5. Muito típico; cuidador sempre vê esse tipo de comportamento

2- “Você acha que o fulano foi bem como ele(a) poderia? Você viu o fulano se sair melhor ou pior nesses tipos de coisas como a que nos realizamos hoje?”

1. Indicador pobre da performance ótima da criança, ela sempre se apresenta muito melhor
2. Pouco adequado
3. Adequado, criança se apresenta assim, na média
4. Bom
5. Excelente, criança nunca se apresentou tão bem

DADOS GERAIS

1. Sexo da criança: 1. Masculino 2. Feminino

2. Data de nascimento da criança: ____/____/____

3. Idade da mãe: _____

4. Idade do pai: _____

5. Cidade que reside: _____

6. N° de filhos: _____

7. Idade dos filhos: _____

8. Composição Familiar:

1. Nuclear (pai, mãe e filhos)
2. Nuclear estendida (pai, mãe, filho e outros parentes e amigos)
3. Mononuclear (mãe e filhos)
4. Mononuclear estendida (mãe, filhos e outros parentes e amigos)

9. N° de pessoas na casa

materna: _____

10. N° de cômodos na casa: _____

11. Situação do imóvel: 1. Própria 2. Alugada 3. Empréstada

4. Casa de familiares

12. Renda familiar aproximada

atual: _____

13. Escolaridade	Mãe	Pai
1. Analfabeto		
2. Semi-analfabeto		
3. Fundamental incompl.		
4. Fundamental comple.		
5. Médio incompl.		
6. Médio compl.		
7. Superior incompl.		
8. Superior compl.		
9. Pós incompl.		
10. Pós compl.		

14. Profissão materna*: _____

15. Profissão paterna*: _____

*Se desempregado, colocar o tempo de
desemprego _____

16. Possui religião? 1. Não 2. Sim,
qual? _____

16.1 Frequenta os cultos da religião? 1. Não 2. Sim, quantas vezes
no mês? _____

AMBIENTE FAMILIAR

1. Tempo de relacionamento dos pais no nascimento da criança:

2. Classificação para as perguntas abaixo:

1. Solteira
2. União estável
3. Casada
4. Separada/divorciada
5. Viúva

2.1 Situação do casal no nascimento da criança: _____

2.2 Situação atual do casal: _____

2.3 Situação conjugal atual da mãe: _____

2.4 Situação conjugal atual do pai: _____

3. N° de casamento anteriores da mãe: _____

4. N° de casamentos anteriores do pai: _____

5. Qualidade da vida familiar atual

5.1 Como você avalia a vida de sua família agora? É tranquila ,
menos tranquila, ou extremamente difícil ou tumultuada?

Muito tranquila

1

2

3

4

5.2 Qualidade do relacionamento com seu marido/companheiro
(se houver). Como você avalia sua vida atual com seu
marido/companheiro?

Nada conflituosa

1

2

3

4

5.3 Conflito com marido/companheiro. Em termos de conflito
(brigas e discussões), como avalia a sua relação com seu
marido/companheiro?

Nada conflituosa					E
1	2	3	4		

5.4 Conflito entre você e seus filho. Em termos de conflito (brigas e discussões), como avalia a sua relação com seus filhos?

Nada conflituosa					E
1	2	3	4		

5.5 Convivência entre você e seus filhos. Agora vamos falar de como se relacionam. Como você avalia sua relação com eles?

Nada próxima					E
1	2	3	4		

5.6 Atitude do pai/padrasto. Como você avalia a atitude do pai/padrasto com os filhos?

Nada próxima					E
1	2	3	4		

5.7 Participação nos cuidados da criança. Como você avalia a participação do pai/padrasto nos cuidados em relação aos filhos?

Nada		Um pouco		Razoavelmente		Bastante	
1	2	3	4				

GRAVIDEZ, PARTO E PÓS PARTO

- 1. Gravidez planejada?:** 1. Sim 2. Não
- 2. Gravidez desejada?** 1. Sim 2. Não
- 3. Doenças durante a gravidez?** 1. Não 2. Sim, qual(is)_____

4. Sentimentos durante a gravidez:

5. Descobriu a gravidez com quanto tempo:

6. Número de consultas pré-natais:

5. Tipo de parto: 1. Normal 2. Cesárea

6. Complicações no parto?: 1. Não 2. Sim,
qual(is)_____

7. Complicações pós-parto? 1. Não 2. Sim,
qual(is)_____

**8. Tempo de gestação da criança ao nascer
(semanas):**_____

9. Era gravidez de risco? 1. Não 2. Sim

**9.1 Quais os
riscos?**_____

10. O que levou ao parto prematuro (caso seja prematuro)?

**10.1. Doença materna. Qual
(is)?**_____

10.2. Doença da criança. Qual (is)?

10.3. Outros

11. Peso da criança ao nascer**(gr.):**

12. Altura da criança ao nascer (cm):

13. Apgar 1º**minuto:**

14. Apgar 5º**minuto:**

15. Tempo de internação da criança após nascimento**(dias):**

16. Sentimentos após o parto:

17. Amamentou? 1. Não* 2. Sim, quanto tempo?

***Se a mãe não amamentou, perguntar o porquê**

18. Dificuldade para amamentar? 1. Não 2. Sim, qual**(is)**

19. Principal pessoa que você contou durante a gravidez:

20. Principal pessoa que você contou durante o parto:

21. Principal pessoa que você contou após o parto:

22. Você recebeu atendimento psicológico...

22.1. Antes da gravidez : 1. Não 2. Sim. Quando, onde e por quanto tempo? _____

22.2. Durante a gravidez : 1. Não 2. Sim. Quando, onde e por quanto tempo? _____

22.3. Depois da gravidez : 1. Não 2. Sim. Quando, onde e por quanto tempo? _____

23. Qual a maior (es) dificuldade (s) encontrada por você no cuidado da criança no dia a dia? _____

24. A criança já foi hospitalizada após a saída da maternidade? 1. Não 2. Sim, quantas vezes, por quanto tempo e por quais motivos?

1. Criança frequenta creche? 1. Não 2. Sim. Há quanto tempo?

2. Quantas horas por dia a criança passa na creche? _____

3. Quantas horas por dia a criança passa nos cuidados de outras pessoas? _____

4. Quantas horas por dia a criança passa com você? _____

5. A criança apresenta alguma doença/deficiência atualmente?

6. Qual a principal pessoa que te ajuda nos cuidados diários?

APOIO SOCIAL

1. Quando você pensa em apoio, qual (is) a (s) palavra(s) vem a sua mente?

2. Pensando em apoio, existe alguma pessoa principal que você conta para receber carinho? Quem?

3. Existe alguma pessoa principal que você conta para dar conselhos, conversar? Quem?

4. Existe alguma pessoa principal que você conta para te ajudar nas tarefas diárias? Quem?

5. Há alguém que você gostaria de receber apoio e não recebe?

6. Você identifica os profissionais de saúde como uma fonte de apoio? 1. Sim 2. Não
Se sim, qual (is) profissional (is)?

7. Escala de apoio social percebido

Se precisar, com que frequência você conta com alguém...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. que a ajude se ficar de cama?	1	2	3	4	5
2. para levá-la ao médico?	1	2	3	4	5
3. para ajudá-la nas tarefas diárias se ficar doente?	1	2	3	4	5
4. para preparar suas refeições se não puder prepará-la?	1	2	3	4	5
5. que demonstre afeto por você?	1	2	3	4	5
6. que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5

7. que você ame que faça você se sentir querida?	1	2	3	4	5
8. para ouvi-la quando você precisar falar?	1	2	3	4	5
9. em quem confiar ou para falar de você ou de seus problemas?	1	2	3	4	5
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5
11. que compreenda seus problemas?	1	2	3	4	5
12. para dar bons conselhos em situações de crise?	1	2	3	4	5
13. para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	1	2	3	4	5
14. de quem você realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5
16. com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
17. com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
18. com quem relaxar?	1	2	3	4	5
19. para se divertir junto?	1	2	3	4	5

RISCO PSICOSSOCIAL		
Índice de risco psicossocial de Rutter		
Baixo nível educacional dos pais	Sim ()	Não ()
Habitação superlotada	Sim ()	Não ()
Pais com doença psiquiátrica (distúrbio moderado ou severo – DMS-IV) <u>SE A MÃE NÃO CONTOU, PERGUNTAR</u>	Sim ()	Não ()
História de delinquência (pais) <u>SE A MÃE NÃO CONTOU, PERGUNTAR</u>	Sim ()	Não ()
Problemas conjugais (conflitos freqüentes, separação, distância emocional) <u>SE A MÃE NÃO CONTOU, PERGUNTAR</u>	Sim ()	Não ()
Maternidade/Paternidade precoces (< 18 anos ou relacionamento < 6m)	Sim ()	Não ()
Rejeição da gravidez	Sim ()	Não ()
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	Sim ()	Não ()
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por + de 1 ano)	Sim ()	Não ()
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	Sim ()	Não ()

Risco Psicossocial	
Score	Baixo = 0 Moderado = 1 ou 2 Severo = > 2

Score Motor:

Score Mental:

Classificação Comportamental:

Diário de campo:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ANEXO 4

Manual de aplicação do estudo apresentado a todas as pesquisadoras

Apoio Social Materno e Desenvolvimento Infantil: Fatores Potenciais de Risco e Proteção em Crianças Nascidas A Termo e Pré-Termo

Qual a relação entre o desenvolvimento mental e motor de crianças entre cinco e sete meses de idade, nascidas pré-termo ou a termo, e apoio social percebido por suas mães?

O Pesquisador

- É aquele que, independente do objetivo do estudo, busca o rigor científico;
 - Rigor científico é:
 - Padronização,
 - Fidedignidade,
 - Ética.
 - Busca investigar o fenômeno de modo a se aproximar de uma de suas versões;
 - Reconhece os limites e vieses de sua pesquisa, não existe estudo perfeito;
- Admite que erros acontecem, mas busca minimizá-los por meio de técnicas.

E na prática?

- Tente sempre usar a mesma vestimenta ou pelo menos cores similares;
- Evite ficar frente a frente com o participante, estudos mostram que em L as respostas são mais fidedignas e o sujeito fica mais confortável;
- Tenha muito respeito pelo participante, trate-o com atenção e agradeça sempre sua participação;
- Sempre que puder dê uma lembrança ou mesmo forneça alimentos – o participante sente-se mais bem recebido.

Nessa pesquisa...

- Rapport inicial – apresentação;
- Coloque as balas na mesa, ofereça à mãe;

- Seja agradável, explique e deixe bem claro que a participação é **voluntária**. Lembre-a sempre que ela pode desistir a qualquer momento;
- Explique que a criança não vai fazer tudo, que a mãe pode ajudar, mas somente quando você solicitar;
- Convide-a para sentar no tapete e inicia o Bayley II

Início Aplicação

- Após apresentação, convide a mãe para sentar no tapete e inicie a aplicação do Bayley;
- No caso de algum imprevisto (criança dormindo, atraso com material, estranhamento...) inicie com as perguntas dos dados gerais e do ambiente familiar. Evite a todo o custo entrar em gravidez, parto e pós-parto (sentimentos...)

Instrumentos

- Convide a mãe para voltar à mesa e, caso a criança esteja muito agitada, a observadora brinca com o bebê enquanto a mãe responde;
- Inicie perguntando o que ela achou do comportamento de seu filho na escala;
- Cuidado com induções, conclusões precipitadas ou pré-julgamentos;
- Nas escalas, tente ajudar a mãe a entender a gradação do fenômeno (muito, mais ou menos?).
- Quando tiverem perguntas abertas, tente fazer com que a mãe realmente diga o que se passa na cabeça, de forma natural. Caso ela tenha dificuldades, diga que é algo dela mesmo, que não tem respostas certas ou erradas. Siga essa ordem para incentivo:
 - Abane com a cabeça, faça uhum, sim...;
 - Repita a última palavra dita por ela (técnica espelho);
 - Pergunte o que ela quis dizer com isso;
 - Dê exemplo.
- Na dúvida, pergunte novamente;
- Na escala de Apoio Social utilize a gradação em cores. Ela auxilia na aplicação e foi utilizada com todas as mães – independentemente da escolaridade;
- Auxilie durante a aplicação para lembrá-la da gradação, caso ela esqueça;
- Se ela fica em dúvida, diga para ela reponder o que melhor se encaixa de como ela se sente.

- Quando estiver se aproximando do fim da aplicação, informe à mãe: *já estamos quase acabando... Estamos chegando ao fim... Falta só mais um pouco...*
- Confira o material, veja se faltou alguma resposta;
- Convide a mãe a assinar o termo de consentimento e informe sobre a pesquisa futura;
- Destaque a parte de cima do termo de consentimento e entregue à mãe juntamente com a cartilha e o presente

E para finalizar...

- Cheque as respostas da escala com a observadora;
- Pontue no final o que a criança fez no mental e no motor (bruto e porcentagem)
- Em casa, pontue a escala comportamental. Em caso de dúvida, converse com o observador;
- Escreva no prontuário como foi a aplicação;
- Junte todos esses documentos com o termo assinado pela mãe e coloque no envelope;
- E agora relaxe!

ANEXO 5

Material presenteado à mãe com atividades de estimulação



*Brincando e se divertindo com
meu bebê...*

Castilha da :

Nome da mamãe:



Coloque aqui alguns dados do seu bebê:

Nome: _____
Nasceu dia: / /
Peso quando nasceu: gr
Altura quando nasceu: cm
O que lembro quando vi meu bebê pela primeira vez...

O que quero para meu bebê no futuro...

Produzida por:



Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil—UFSC



Serviço de Psicologia do Hospital Universitário – UFSC

Olá mamãe!

Seu bebê cada vez mais mostra como é esperto. Com a idade dele já é possível fazer muitas coisas divertidas! É nesse momento que os pais devem ajudar o máximo e sua criança a se desenvolver, pois a partir de agora ela vai querer sentar, engatinhar, andar e bagunçar muito com você! Para que essa fase seja mais divertida ainda, daremos algumas dicas de brincadeiras para você fazer com sua filha!

- Coloque um cobertor, manta ou qualquer paninho, no chão próximo de você rodeie o local com almofadas ou travesseiros e pronto! Sua filha vai ter apoio para sentar e engatinhar de forma segura nesse cantinho que você criou! Fique **sempre de olho** no seu bebê, ela está muito esperta e rápida nessa idade e pode querer passar pela casa...
- Coloque sua criança sentada (com ou sem apoio) e dê um brinquedo que ela goste bastante. Deixe que ela se divirta e, de tempo em tempo, converse e brinque junto. Ela vai adorar saber que você se interessa por ela e por suas brincadeiras e vai ajudá-la a conseguir ficar sentado por mais tempo.



- Em um cobertor, manta ou paninho no chão, coloque a criança de barriga para baixo. Dê apertôezinhos leves nos seus pés, brincando que “vai pegar os pezinhos dela!” Outra brincadeira é a da caixa de papelão. Abra uma caixa de papelão de tamanho médio e crie um túnel com ela. Fique de um lado e coloque a criança do outro. Chame seu bebê pelo nome e a incentive a atravessar o túnel. Essas brincadeiras vão ajudá-la a fortalecer seu corpinho e engatinhar!
- Uma das brincadeiras que os bebês adoram é bater! Dê a ela uma panela e uma colher de pau, por exemplo. Qualquer objeto serve, o importante para ela é a diversão!
- Outro objeto que o bebê adora é o espelho. Ela acha que está vendo uma amiguinha! Sempre que puder deixe que ela se olhe no espelho e brinque junto.
- Quando estiver lendo uma revista, jornal, propaganda, qualquer material, mostre e aponte para as figuras, dizendo para a criança o que é cada uma daquelas imagens. Faça isso chamando a atenção dela para as figurinhas. Deixe que ela mexa nos papéis, que segure e que vire a página.

NÃO ESQUEÇA QUE O MAIS IMPORTANTE É O CARINHO QUE VOCÊ PODE DAR! ELOGIE, BATA PALMAS E SORRIA BASTANTE ENQUANTO BRINCA COM ELA !



Brincando e se divertindo com meu bebê...

Castilha da :

Nome da mamãe:





Coloque aqui alguns dados do seu bebê:

Nome: _____

Nasceu dia: / /

Peso quando nasceu: gr

Altura quando nasceu: cm

O que lembra quando vi meu bebê pela primeira vez...

O que quero para meu bebê no futuro...

Produzido por:



Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil—UFSC



Serviço de Psicologia do Hospital Universitário – UFSC

Olá mamãe!

Seu bebê cada vez mais mostra como é esperto. Com a idade dele já é possível fazer muitas coisas divertidas! É nesse momento que os pais devem ajudar o máximo a sua criança a se desenvolver, pois a partir de agora ele vai querer sentar, engatinhar, andar e bagunçar muito com você! Para que essa fase seja mais divertida ainda, daremos algumas dicas de brincadeiras para você fazer com seu filho!

- Coloque um cobertor, manta ou qualquer paninho, no chão próximo de você rodeie o local com almofadas ou travesseiros e pronto! Seu filho vai ter apoio para sentar e engatinhar de forma segura nesse cantinho que você criou! Fique **sempre de olho** no seu bebê, ele está muito esperto e rápido nessa idade e pode querer passear pela casa...
- Coloque sua criança sentada (com ou sem apoio) e dê um brinquedo que ele goste bastante. Deixe que ele se divirta e, de tempo em tempo, converse e brinque junto. Ele vai adorar saber que você se interessa por ele e por suas brincadeiras e vai ajudá-lo a continuar ficando sentado por mais tempo.

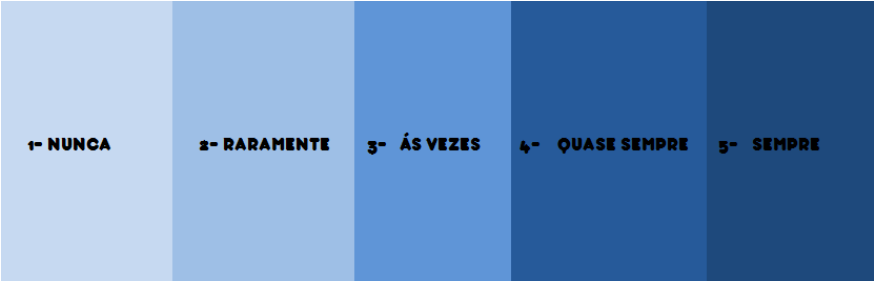


- Em um cobertor, manta ou paninho no chão, coloque a criança de barriga para baixo. Dê apertezinhos leves nos seus pés, brincando que “vai pegar os pezinhos dele!” Outra brincadeira é a da caixa de papelão. Abra uma caixa de papelão de tamanho médio e crie um túnel com ela. Fique de um lado e coloque a criança do outro. Chame seu bebê pelo nome e o incentive a atravessar o túnel. Essas brincadeiras vão ajudá-lo a fortalecer seu corpinho e engatinhar!
- Uma das brincadeiras que os bebês adoram é bateruca! Dê a ele uma panela e uma colher de pau, por exemplo. Qualquer objeto serve, o importante para ele é a diversão!
- Outro objeto que o bebê adora é o espelho. Ele acha que está vendo um amiguinho! Sempre que puder deixe que ele se olhe no espelho e brinque junto.
- Quando estiver lendo uma revista, jornal, propaganda, qualquer material, mostre e aponte para as figuras, dizendo para a criança o que é cada uma daquelas imagens. Faça isso chamando a atenção dele para as figurinhas. Deixe que ele mexa nos papéis, que segure e que vire a página.

NÃO ESQUEÇA QUE O MAIS IMPORTANTE É O CARINHO QUE VOCÊ PODE DAR! ELOGIE, BATA PALMAS E SORRIA BASTANTE ENQUANTO BRINCA COM ELE!

ANEXO 6

Gradação para a resposta da Escala de Aferição do Apoio Social



ANEXO 7

Material enviado aos juízes das falas para análise

Olá queridos(as) avaliadores(as)!

Com o intuito de analisar o que as mães de crianças a termo e pré-termo entendiam como apoio, durante a pesquisa realizamos a seguinte pergunta às mães: **O que é apoio para você?** É importante ressaltar que as mães ainda não tinham tido contato com a escala de apoio (ela foi aplicada em seguida). As falas das participantes foram transcritas e algumas partes estão em parênteses para que se possa entender o contexto da fala, porém não fazem parte do discurso da mãe.

Outro ponto importante é que as mães de crianças pré-termo e a termo estão misturadas, para evitar concepções anteriores atrapalhem na análise das categorias. Abaixo vem a definição das categorias para a análise posterior e vocês estão convidadas, caso queiram, a dar opiniões sobre essas definições também, sintam-se livres para opinar em qualquer coisa.

1. **Apoio como uma figura humana:** o apoio é compreendido com uma pessoa, fala relacionado a uma figura humana ou figuras humanas, mesmo que sem identificação ou sem nomeação;
2. **Apoio como uma estrutura física ou material:** o apoio é retratado como algo físico, estrutural ou material. Podem ser locais ou situações que estejam relacionados a algo inerte, sem vida;
3. **Apoio como um conceito:** o apoio é compreendido como um conceito, que pode ser um sentimento ou um significado e é dito de forma abstrata, como uma definição da palavra;
4. **Apoio como outros:** quando nenhuma das categorias anteriores expressa o conteúdo da fala.

As unidades para análise estão sublinhas e seguidas de um quadrado para colocar o número da categoria que vocês pensam que ela pertence. Caso achem que tem mais de uma categoria na unidade,

coloquem os dois números que vou avaliar onde pode estar a confusão e destrinchar melhor as categorias.

Nº	Fala
1	<u>Eu penso no apoio emocional</u> [], <u>financeiro</u> []. <u>Roupa</u> [], <u>calçado</u> [], <u>colégio</u> []. <u>Meus pais estão dando, dando apoio</u> [].
2	<u>Ajuda</u> [].
3	<u>Ajuda</u> [], <u>união</u> [].
4	<u>Família dele (do companheiro)</u> [], <u>companheiro</u> [].
5	<u>Incentivo</u> [], <u>ajuda</u> [].
6	<u>Pessoas com quem possa contar</u> [].
7	<u>Mãe</u> [] e o <u>marido</u> [].
8	<u>Ajuda</u> [], <u>solidariedade</u> [], <u>compreensão</u> [].
9	<u>Mãe (avó do bebê)</u> [], <u>pai do bebê</u> [].
10	<u>Sei lá</u> [], <u>seria isso aqui (o ambulatório)</u> []. <u>Em casa tenho a minha mãe</u> []. <u>Ter alguém do teu lado que te dê força</u> [], <u>te incentivar</u> [].
11	<u>Uma pessoa que está sempre</u> [], <u>até para te ajudar</u> [], <u>com quem você possa contar</u> [].
12	<u>Amparar</u> [], <u>ajudar</u> []. <u>Se você tiver alguma necessidade</u> [], <u>ter quem lhe ajude</u> [].
13	<u>Quando uma pessoa te ajuda</u> [], <u>como se fosse algo que eu preciso</u> [], <u>uma pessoa que tá me apoiando</u> [].
14	<u>Mãe</u> [], <u>família</u> [].
15	<u>Pessoas concordam com o que eu falo</u> [], <u>que eu sempre tenho razão</u> [], <u>que eu esteja certa</u> [].

16	<u>Ajuda</u> [].
17	<u>Marido</u> [].
18	<u>Saber se está bem</u> [].
19	<u>Apoio escolar</u> [], <u>uma estrutura familiar</u> []. <u>Não sinto necessidade de pensar nisso</u> <u>agora</u> []. <u>Sou autosuficiente</u> [].
20	<u>Pessoa para ajudar</u> [], <u>gostar</u> []. <u>Minha sogra não sobe nem uma vez para me ajudar</u> [].
21	<u>É uma pessoa que tu confia</u> [], <u>que pode te dar força</u> []. <u>Pessoa que esteja sempre presente para ti</u> [].
22	<u>Importante</u> [], <u>fundamental</u> [].
23	<u>Compreensão</u> [], <u>companheirismo</u> [], <u>proteção</u> [], <u>carinho</u> [].
24	<u>Sogra</u> [], <u>marido</u> [].
25	<u>Pais</u> [].
26	<u>Marido</u> [], <u>bisavó</u> [], <u>sobrinha</u> [].
27	<u>Carinho</u> [], <u>gratidão</u> [].
28	<u>Nos pais</u> [], <u>família</u> [].
29	<u>Mão</u> [], <u>minha vó</u> [].
30	<u>Nada</u> [].

31	<u>Segurança[1.</u>
----	----------------------

Olá queridos(as) avaliadores(as)!

Com o intuito de analisar o que as mães de crianças a termo e pré-termo sentiram durante a gravidez e após o parto, perguntamos para as mães: **Quais os sentimentos durante a gravidez? e Quais eram os seus sentimentos após o parto?** As falas das participantes foram transcritas e algumas partes estão em parênteses para que se possa entender o contexto da fala, porém não fazem parte do discurso da mãe.

Outro ponto importante é que as mães de crianças pré-termo e a termo estão misturadas, para evitar concepções anteriores atrapalhem na análise das categorias. Contudo, nesse caso as mães relatam suas experiências que muitas vezes informa a qual categoria ela pertence. Mas retirar esses conteúdos também atrapalharia na análise, então decidi deixar. Abaixo vem a definição das categorias para a análise posterior e vocês estão convidadas, caso queiram, a dar opiniões sobre essas definições também, sintam-se livres para opinar em qualquer coisa.

4. **Experiência positiva:** a gravidez/parto é retratada de forma positiva, como algo bom, relacionado a sensações, sentimentos e opiniões positivas;
5. **Experiência negativa:** a gravidez/parto é relatada com palavras de cunho negativo, com algo que gerava dor ou desconforto, relacionado a sensações, sentimentos e opiniões negativas;
6. **Outros:** quando nenhuma das categorias anteriores expressa o conteúdo da fala.

As unidades para análise estão sublinhas e seguidas de um quadrado para colocar o número da categoria que vocês pensam que ela pertence. Primeiro vem o quadro dos sentimentos na gravidez e depois dos sentimentos no parto. Caso achem que tem mais de uma categoria na unidade, coloquem os dois números que vou avaliar onde pode estar a confusão e destrinchar melhor as categorias.

Nº	Fala- sentimentos na gravidez
1	<u>Revolta no início</u> []. <u>Gostava</u> [], tudo de bom [].
2	<u>A criança estava escrevendo a qualificação comigo (risos)</u> []. <u>Super bom</u> [].
3	<u>No começo, bastante medo</u> [], <u>bem estressante</u> []. <u>Achei que ai perder</u> []. <u>Depois foi bem calma</u> [].
4	<u>Achava que ninguém gostava de mim</u> [], ninguém ia dar mais atenção para mim []. <u>Ele (marido) trazia tudo para ela (filha)</u> [], <u>não me dava mais atenção</u> [].
5	<u>Os primeiros 4 meses muito enjoô</u> []. <u>No ultrassom ficava emocionada</u> [] e quando ele se movia na barriga [].
6	<u>Querer ver</u> [], <u>tê-la no colo</u> [], <u>tomava banho de uma hora para que a bebê sentisse a água na barriga</u> [], <u>expectativa de fazer shantala</u> []. <u>Frustração de ter que ser internada na gestação</u> [] e <u>não ter o parto planejado</u> [].
7	<u>Só alegria</u> []. <u>Era o primeiro</u> [], <u>nunca tive filho</u> [].
8	<u>A única coisa que me afetou, sou uma pessoa agitada, foi ter ficado parada</u> []. <u>Chorei muito</u> [], <u>até um tipo de depressão</u> []. <u>Tive fases</u> [], <u>curti a gravidez</u> [].
9	<u>Muito sensível</u> [], <u>não sabia que estava grávida</u> [].
10	<u>Bastante chorô</u> [], <u>sensibilidade</u> [], <u>felicidade</u> []. <u>No início um pouco perturbada</u> [], <u>não esperava essa gravidez</u> [].
11	<u>Preocupada</u> [] e <u>feliz</u> [].
12	<u>Raiva</u> [], <u>medo</u> [].
13	<u>Tristeza</u> [] e <u>confusão</u> [], <u>porque estava longe da família</u> [] e <u>a gravidez foi meio inesperada</u> [], <u>estourou a camisinha</u> [].

14	<u>Felicidade[]</u> , <u>carinho[]</u> .
15	<u>Amor[]</u> , <u>afeto[]</u> , <u>carinho[]</u> .
16	<u>Sei lá[]</u> , <u>fica mais sensível[]... chorona[]</u> , <u>nervosa[]</u> . <u>Dizem que é normal[]</u> . <u>Ficava mais sensível, [] bem diferente[]</u> .
17	<u>(no começo...)Praticamente sozinha[]</u> , <u>chorando muito[]</u> , <u>marido arrumou outra mulher[]</u> . <u>Ele até morou com a outra[]</u> . <u>Depois foi mais tranquila[]</u> , <u>não chorei[]</u> , <u>só reclamei[]</u> . <u>Super tranquila[]</u> .
18	<u>Medo no início[]</u> . <u>Alegria[]</u>
19	<u>Não lembra. []</u>
20	<u>Medo de ter algum problema durante a gravidez ou depois[]</u> , <u>como na educação []</u> (da criança).
21	<u>Alegria[]</u> , <u>feliz[]</u> , <u>passando a mão na barriga para sentir[]</u> , <u>tranquilo[]</u> .
22	<u>Ansiosa[]</u> , <u>com medo do parto normal[]</u>
23	<u>Chorona[]</u> , <u>emotiva[]</u> , <u>sensível[]</u> , <u>irritada as vezes[]</u> .
24	<u>Feliz[]</u> .
25	<u>Nervosa[]</u> , <u>porque minha irmã faleceu quando estava no 2º mês de gestação[]</u> .
26	<u>Chorava. []</u> <u>Tava mais tempo no HU que em casa[]</u> . <u>Procurava nem pensar[]</u> , <u>só pensava que ia dar certo[]</u> .
27	<u>Medo[]</u> , <u>alegria[]</u> , <u>tristeza[]</u> , <u>confiante[]</u> .
28	<u>Tranquila[]</u> , <u>sem nenhum estresse[]</u> . <u>Quando descobri que estava grávida, chorei muito[]</u> . <u>Depois ficou tudo bem[]</u> , <u>a gente quis ela[]</u> .
29	<u>Principalmente no início foi desespero[]</u> , <u>eu e meu pai a gente não se dava muito[]</u> , <u>aí casei só pra sair de casa[]</u> e <u>já fiquei grávida[]</u> . <u>Fiquei em pânico[]</u> .

30	<u>Melancolia[]</u> , <u>pra tudo chorava[]</u> .
31	<u>Preocupada[]</u> , <u>feliz[]</u> , <u>ansiosa[]</u> .

Nº	Fala- sentimentos após parto
1	<u>Depois de 6 dias após o parto, o sentimento foi de alegria[]</u> , pois o pai assumiu a criança e a relação comigo. []
2	<u>Não queria ouvir nada[]</u> . <u>Preocupação[]</u> . <u>Desespero ao ver na sonda[]</u> .
3	<u>Proteção[]</u> . <u>Fiquei braba com as enfermeiras, porque ela queriam dar leite só de 3 em 3 horas e eu queria de 2 em 2 horas[]</u> . <u>Ficava com dó da fome dele[]</u> .
4	<u>Querida vê-lo[]</u> , <u>pegá-lo[]</u> , <u>ver como ele tava[]</u> . <u>Disseram que ele era de risco[]</u> . <u>E feliz[]</u> .
5	<u>Amor[]</u> .
6	<u>Rejeição[]</u> . <u>Não era minha[]</u> , <u>não aceitava[]</u> .
7	<u>Apavorada[]</u> , <u>não sabia o que falar[]</u> .
8	<u>Tristinha porque não vi o bebê[]</u> .
9	<i>Mãe não respondeu</i>
10	<u>Tranquilidade[]</u> , <u>apreensão[]</u> , <u>alegria[]</u> .
11	<i>Mãe não respondeu</i>

12	<u>Felicidade</u> [], <u>alegia</u> [].
13	<u>Feliz</u> [], <u>felicidade</u> [].
14	<u>Alívio</u> [], <u>nasceu agora tá tudo bem</u> []. <u>Levaram ela e demoraram pra trazer, aí tive vontade de sair correndo</u> []. <u>trouxeram ela, aí fiquei mais calma</u> [].
15	<u>Não lembro</u> [].
16	<u>Eu não gostava</u> [], <u>era muito movimento</u> [], <u>queria ficar sozinha</u> []. <u>Primeiro é difícil</u> [], <u>não queria tumulto</u> , <u>queria calma</u> [].
17	<u>Muita felicidade</u> [].
18	<u>Bom</u> [], <u>ótimo</u> [], <u>muita felicidade</u> [].
19	<u>Estressada no primeiro mês</u> [], <u>inconformada com o nascimento prematuro</u> [] e <u>internação do filho</u> [].
20	<u>Medo</u> [], <u>desespero de entrar no mesmo lugar que perdi o outro filho</u> [].
21	<u>Difícil</u> [], <u>achei que ia perdê-lo</u> [], <u>chorava</u> [] <u>preocupada</u> [], <u>feliz</u> [].
22	<u>Debilidade no início.</u> [] <u>Quando minha filha foi posta nos meus braços, me apaixonei</u> [] e <u>fiquei feliz</u> [].
23	<u>O primeiro sentimento foi ver como a filha era linda</u> []. <u>Mas no início senti impotência</u> [] <u>porque a mãe não podia ficar cuidando o tempo todo da filha</u> [], <u>fiquei acamada</u> []. <u>Depois sentimento de amor</u> [] e <u>paixão</u> [].
24	<u>Medo de não ser capaz de educar</u> [], <u>deixar passar necessidade</u> []. <u>Alegria</u> [], <u>felicidade</u> []. <u>Alívio no momento que escutei o choro</u> [].
25	<u>No início fiquei pensando será que é será que não é</u> [] (meu). <u>Como saiu isso de dentro de mim?</u> [] <u>Ai depois que amamenteei é que fui me aproximando</u> [].
26	<u>Assustada</u> [], <u>comecei a curtir quando dei o primeiro mamar</u> [].
27	<u>Alegria quando tive</u> [], <u>Mas quando cheguei em casa tive complicações</u> [], <u>pois o marido é muito estressado e acaba não</u>

	<u>conseguindo separar o trabalho da casa</u> [].
28	<u>Maravilhoso</u> [].
29	<u>Tristeza porque a criança estava entubada</u> [] <u>e o pai não veio ver</u> []. <u>Feliz</u> [].
30	<u>Fiquei muito nervosa</u> [], <u>quando vi que estava tudo bem, fiquei mais calma</u> [].
31	<u>Insegurança</u> []. <u>É terrível ser mãe de prematuro</u> []. <u>Levei 23 pontos</u> [], <u>foi muito desconfortável</u> []. <u>Ai logo me mandaram pro “Canguru”</u> [], <u>aí eu ficava deitada</u> [].